

LAPORAN TUGAS AKHIR

ASUHAN KEBIDANAN PADA PRIMIGRAVIDA DENGAN INTRA UTERINE FETAL DEATH DI RUANG BERSALIN RSUD Prof. Dr. W. Z. JOHANNES KUPANG

TANGGAL 8 S/D 26 MEI 2017



OLEH

MARIA YUSNIATI METI

NIM : 142111148

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEBIDANAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
CITRA HUSADA MANDIRI
KUPANG
2017**

LAPORAN TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEBIDANAN PADA PRIMIGRAVIDA DENGAN INTRA UTERINE FETAL DEATH
DI RUANG BERSALIN RSUD Prof. Dr. W. Z. JOHANNES KUPANG**

TANGGAL 8 S/D 26 MEI 2017

**Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Persyaratan
Memperoleh Gelar Ahli Madya Kebidanan**



OLEH

MARIA YUSNIATI METI

NIM : 1421111148

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEBIDANAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
CITRA HUSADA MANDIRI
KUPANG
2017**

LEMBAR PERNYATAAN

Saya menyatakan bahwa Laporan Tugas Akhir Yang Berjudul : Asuhan Kebidanan Pada Primigravida dengan Intra Uterine Fetal Death di ruangan bersalin RSUD. Prof. Dr. W.Z Johanes Kupang Tanggal 8 S/D 26 Mei 2017 adalah hasil karya saya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk Memperoleh Gelar dari berbagai jenjang pendidikan diperguruan tinggi manapun.

Kupang, Oktober 2017

Yang menyatakan

Maria Yusniati Meti

142111148

LEMBAR PERSETUJUAN PEMBIMBING

Laporan Tugas Akhir ini dengan judul **“ASUHAN KEBIDANAN PADA PRIMIGRAVIDA DENGAN INTRA UTERINE FETAL DEATH DI RUANG BERSALIN RSUD. Prof. Dr. W.Z. JOHANNES KUPANG TANGGAL 8 S/D 26MEI 2017 ”** Telah disetujui dan telah diajukan dalam seminar Laporan Tugas Akhir Mahasiswi atas nama: Maria Yusniati Meti, NIM: 142111148 Program Studi D III Kebidanan STIKes Citra Husada Mandiri Kupang.

Kupang, Oktober 2017

Menyetujui,

Pembimbing I

Pembimbing II

Merry A. Giri, S. Keb.Bd

Yohana F.L Ladjar, SST

Mengetahui,

**Ketua
STIKes CHM-Kupang**

**Ketua
Program Studi D III Kebidanan
STIKes CHM-Kupang**

drg. Jeffrey Jap, M.Kes

Ummu Zakiah, SST., M.Keb

LEMBAR PENGESAHAN TIM PENGUJI

Laporan Tugas Akhir ini dengan judul "**ASUHAN KEBIDANAN PADA PRIMIGRAVIDA DENGAN INTRA UTERINE FETAL DEATH DI RUANG BERSALIN RSUD. Prof. Dr. W.Z. JOHANNES KUPANG TANGGAL 8 S/D 26 MEI 2017**" telah disetujui dan diajukan dalam seminar Laporan Tugas Akhir Mahasiswa atas nama: Maria Yusniati Meti, NIM: 142111148 Program studi D III Kebidanan STIKes Citra Husada Mandiri Kupang, benar-benar telah diuji dan dipertahankan di depan tim penguji ujian Karya Tulis Ilmiah pada tanggal, Oktober 2017.

Kupang, Oktober 2017

Panitia penguji

Ketua	:	Appolonaris T. Berkanis, S.Kep.,Ns, MHKes
Anggota	1.	Merry A. Giri, S. Keb.Bd
	2.	Yohana F.L Ladjar, SST

Mengetahui,

Ketua
STIKes CHM-Kupang

Ketua
Program Studi D III Kebidanan
STIKes CHM-Kupang

drg. Jeffrey Jap, M.Kes

Ummu Zakiah, SST., M.Keb

BIODATA PENULIS

Nama : MARIA YUSNIATI METI

Tempat tanggal lahir : EDO, 19 MARET 1996

Agama : KHATOLIK

Alamat : ASRAMA PUTRI STIKES CHMK

Pendidikan

Tahun 2008 : SDK EDO 045

Tahun 2011 : SMP NEGERI 3 MAUMERE

Tahun 2014 : SMK ST. THOMAS MAUMERE

Tahun 2014-2017 : SEDANG MENYELESAIKAN PENDIDIKAN
PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEBIDANAN
(STIKes) CITRA HUSADA MANDIRI KUPANG

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

MOTTO

“KARENA CINTA DAN KASIH-MU MEMBUAT AKU TERSENYUM”

PERSEMBAHAN

Karya Tulis ini saya persembahkan untuk

1. Tuhan Yesus dan Bunda Maria sebagai sumber penolong Abadi
2. Orangtua tercinta Bapak Alm. Aloysius Kare, Ibu Maria Huke dan adik Nalfindan Yati yang selalumemberikandukungansecara material maupun spiritual
3. Dosen-dosenprodiKebidanan
4. Teman-teman Erna, Geno, Berna, Anita, Elsa sertateman-temanseperjuangankebidananangkatan VII danalmamaterkutercinta STIKES CHMK

ABSTRAK

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN CHM-K
JURUSAN DIPLOMA III KEBIDANAN
TUGAS AKHIR, MEI 2017

ASUHAN KEBIDANAN PADA PRIMIGRAVIDA DENGAN INTRA UTERINE FETAL DEATH DI RUANG BERSALIN RSUD. Prof. Dr. W.Z. JOHANNES KUPANG TANGGAL 8 S/D 26 MEI 2017

Latar Belakang: *Intra Uterine Fetal Death*/kematian janin dalam rahim yaitu kematian yang terjadi saat UK lebih dari 20 minggu dimana janin sudah mencapai ukuran 500 gr atau lebih. Kematian janin merupakan hasil akhir dari gangguan pertumbuhan janin, gawat janin, atau infeksi. Faktor maternal menyebabkan 5-10% dari penyebab kematian IUFD. Faktor penyebab maternal sebagian besar disebabkan oleh infeksi. Infeksi dapat menyebabkan kelainan kongenital, pertumbuhan janin terhambat hingga kematian janin dalam kandungan. Data yang diperoleh dari Ruang Rekam Medik Di RSUD Prof. W. Z. Johannes Kupang, tercatat angka kejadian kematian janin dalam kandungan (*Intra Uterine Fetal Death*). Pada tujuh bulan terakhir sebanyak 24 kasus (2,53%) dan kasus persalinan dengan (*Intra Uterine Fetal Death*) IUFD sebanyak 22 kasus (2,53%) dari 867 persalinan.

Tujuan: Untuk mengetahui asuhan kebidanan pada *Intra Uterine Fetal Death* menggunakan pendekatan manajemen kebidanan varney dan menganalisis kesenjangan antara teori dan praktek di Ruang Bersalin RSUD Prof. DR. W. Z. Johannes Kupang.

Pembahasan: Berdasarkan data yang diperoleh pada kasus ini didapati Ny. A. A dengan *Intra Uterine Fetal Death*. Tindakan yang dilakukan adalah observasi his dan nadi setiap 1 jam pada fase laten dan 30 menit pada fase aktif, penurunan kepala, pembukaan, dan tekanan darah setiap 4 jam atau bila ada indikasi, anjurkan ibu untuk berkemih, persiapan persalinan, dokumentasikan tindakan yang dilakukan.

Simpulan : Persalinan normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin. Masalah telah terselesaikan dengan menggunakan metode pendekatan manajemen kebidanan. Diharapkan dapat menjadi bahan pembelajaran bagi mahasiswa/

Kata Kunci : Asuhan Kebidanan, persalinan, IUFD

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas berkah dan rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini dengan judul **“ASUHAN KEBIDANAN PADA PRIMIGRAVIDA DENGAN *INTRA UTERINE FETAL DEATH (IUFD)* DI RUANG BERSALIN RSUD, PROF. DR. W.Z. JOHANNES KUPANG”** dapat di selesaikan tepat waktunya. Laporan Tugas Akhir ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ahli Madya Kebidanan (Amd.Keb) di STIKes Citra Husada Mandiri Kupang.

Secara khusus perkenalkan penulis mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada : Merry A. Giri, S.Keb.Bd selaku pembimbing I yang telah banyak meluangkan waktu, tenaga dan pikiran bagi penulis dalam penyusunan laporan tugas akhir ini dan Yohana F. L. Ladjar, SST selaku pembimbing II yang telah banyak meluangkan waktu, tenaga dan pikiran bagi penulis dalam penyusunan laporan tugas akhir ini.

Pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada:

1. Ir. Abraham Paul Liyanto selaku pembina Yayasan Citra Bina Insan Mandiri Kupang yang telah mendirikan STIKes Citra Husada Mandiri Kupang untuk menyelesaikan D-III Kebidanan.
2. Drg. Jeffrey Jap, M. Kes Selaku Ketua STIKes Citra Husada Mandiri Kupang yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas bagi penulis untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan D-III Kebidanan

3. Ummu Zakiah, SST , M .Keb selaku Ketua Program Studi D III Kebidanan STIKes Citra Husada Mandiri Kupang yang telah memberikan Kesempatan kepada penulis untuk menimba Ilmu selama Penulis menjalani masa pendidikan D III Kebdanan di STIKes Citra Husada Mandiri Kupang.
4. Para Dosen Program Studi D III Kebidanan yang telah banyak memberikan bimbingan kepada penulis dalam mengikuti pendidikan.
5. Kedua Orang Tua Tersayang Bapak Alm. Aloysius Kare dan Ibu Maria Huke, Adik Faustina F. Meli, Yohana K. Lenga, beserta seluruh Keluarga tiada kata yang dapat di ucapkan untuk membalas kebaikan yang dengan penuh kesabaran dan penuh kasih sayang mendukung saya dalam hal material maupun spiritual sehingga penyusunan Laporan Tugas akhir ini berjalan dengan baik.
6. Sahabat-sahabat (Erna, Geno, Anita, Berna, Elsa, Ofi, dan Sheren) yang telah mendukung penulis dengan caranya masing-masing.
7. Teman –teman seperjuangan Prodi D III Kebidanan angkatan VII kelas D dan berbagai pihak yang telah memberikan dukungan kepada penulis dalam menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.

Semoga Tuhan membalas semua budi baik semua pihak yang telah memberikan dukungan dalam menyelesaikan studi kasus ini.

Penulis menyadari bahwa studi kasus ini masih banyak kekurangan dan jauh dari kesempurnaan. Saran dan kritik yang konstruktif sangat penulis harapkan demi penyempurnaan laporan. Akhirnya semoga laporan ini dapat bermanfaat bagi pengembangan ilmu pengetahuan bagi penulis dan pihak yang membutuhkan.

Kupang, Oktober 2017

Maria Yusniati Meti

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPUL LUAR.....	i
HALAMAN SAMPUL DALAM.....	ii
HALAMAN SURAT PERNYATAAN.....	iii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iv
LEMBAR PENGESAHAN TIM PENGUJI.....	v
BIODATA PENULIS.....	vi
MOTTO DAN PERSEMBAHAN	vii
ABSTRAK.....	viii
KATA PENGANTAR	ix
DAFTAR ISI	xi
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
DAFTAR SINGKATAN.....	xv
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah	3
1.3. Tujuan Penulisan.....	3
1.4. Manfaat Penulisan.....	4
1.5. Sistematika Penulisan	4
BAB II TINJAUAN TEORI	5
2.1 Konsep DasarPersalinan.....	5
2.2 KonsepDasarKematianJaninDalam Rahim.....	31

2.3KonsepDasarAsuhanKebidananIntrapartaldengan IUFD.....	41
BAB III METODE PENELITIAN.....	55
3.1 Desain Penelitian	55
3.2Kerangka Penelitian	56
3.3Lokasi dan waktu Penelitian	57
3.4 Populasi, Sampeldan Sampling.....	57
3.5Teknik pengumpulan data dan analisa data	58
3.6 Etika Penelitian	62
BAB IV HASIL PENELITIAN.....	64
4.1. Hasil Penelitian	64
4.2. Pembahasan	76
BAB V PENUTUP	82
5.1. Kesimpulan	82
5.2. Saran	83
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

No	Judul	Halaman
	Gambar 3.2 Kerangka Kerja Penelitian.....	56

DAFTAR LAMPIRAN

No	Judul
Lampiran 1	Permohonan Menjadi Responden
Lampiran 2	Surat Bersedia Menjadi Responden
Lampiran 3	Surat Selesai Penelitian
Lampiran 4	ASKEB
Lampiran 5	Lembar Konsultasi.

DAFTAR SINGKATAN

APN	: Asuhan Persalinan Normal
AKPN	: Angka Kematian Pasca Neonatal
BB	: Berat Badan
BBL	: Bayi Baru Lahir
C	: Celcius
DJJ	: Denyut Jantung Janin
HB	: Hemoglobin
HPHT	: Hari Pertama Haid Terakhir
IUFD	: Intra Uterine Fetal Death
JK	: Jenis Kelamin
KPD	: Ketuban Pecah Dini
LH	: Lahir Hidup
LM	: Lahir Mati
M	: Mati
PAP	: Pintu Atas Panggul
PBP	: Pintu Bawah Panggul
PB	: Panjang Badan

S	: Suhu
TBBAJ	: Tafsiran Berat Badan Janin
TFU	: Tinggi Fundus Uteri
TP	: Tafsiran Partus
UK	: Umur Kehamilan
USG	: Ultrasonografi
WHO	: World Heath Organization

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Proses kehamilan merupakan suatu proses normal yang dialami setiap wanita. Pada dasarnya setiap wanita mengetahui bagaimana mengelola kehamilannya demi kelancaran kehamilan dan perkembangan janin dalam kandungannya. Meskipun demikian, hal-hal yang mengganggu proses kehamilan bahkan dapat mengakhiri kehamilan itu sendiri tidak dapat dihindari. Salah satunya yaitu kematian janin dalam kandungan atau yang dikenal dengan *Intra Uterine Fetal Death (IUFD)*. *Intra Uterine Fetal Death*/kematian janin dalam rahim yaitu kematian yang terjadi saat UK lebih dari 20 minggu dimana janin sudah mencapai ukuran 500 gr atau lebih. Kematian janin merupakan hasil akhir dari gangguan pertumbuhan janin, gawat janin, atau infeksi (Prawirohardjo, 2006).

Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2015 Angka Kematian Neonatal sebesar 19/1000 kelahiran hidup, sementara tahun 2014 sebesar 19/1000 kelahiran hidup dengan demikian tidak ada penurunan berarti dibandingkan hasil SDKI tahun 2014. Angka kematian bayi fluktuasi dari tahun 2013-2015. Pada tahun 2013 kasus kematian bayi menurun menjadi 1.286 kematian atau 13,5 per 1000 KH dan selanjutnya pada tahun 2015 meningkat menjadi 1.388 (11 per 1000 KH). Target dalam Renstra Dinas Kesehatan Provinsi NTT pada tahun 2015, jumlah kematian bayi ditarget turun menjadi 13.005, berarti target tidak mencapai (selisih 83 kasus). Angka Kematian Bayi (AKB) di Kota Kupang pada tahun 2015 sebesar 3,88 per 1.000 kelahiran hidup. Angka ini menunjukkan adanya peningkatan AKB bila dibandingkan dengan AKB pada tahun 2014. Selain itu pada tahun 2015 dari data yang

dikumpulkan Bidang Kesehatan Keluarga terdapat 32 kasus kematian bayi dari 8252 kelahiran hidup, sedangkan untuk kasus lahir mati berjumlah 39 kasus kematian, kasus kematian yang dikategorikan lahir mati adalah kelahiran seorang bayi dari kandungan yang berumur paling sedikit 28 minggu tanpa menunjukkan tanda-tanda kehidupan (Dinas Kesehatan Kota Kupang, 2015). Sementara itu berdasarkan data yang diperoleh dari Ruangan Rekam Medik Di RSUD Prof. W. Z Johanes Kupang, tercatat angka kejadian kematian janin dalam kandungan (Intra Uterine Fetal Death). Pada tujuh bulan terakhir sebanyak 24 kasus (2,53%) dan kasus persalinan dengan (Intra Uterine Fetal Death) IUFD sebanyak 22 kasus (2,53%) dari 867 persalinan.

Faktor maternal menyebabkan 5-10% dari penyebab kematian IUFD. Faktor penyebab maternal sebagian besar disebabkan oleh infeksi. Ibu hamil sangat peka terhadap terjadinya infeksi dari berbagai mikroorganisme. Infeksi dapat disebabkan oleh bakteri, virus, dan parasit, sedangkan penularan dapat terjadi intrauterine, pada waktu persalinan, atau pasca lahir. Infeksi dapat menyebabkan kelainan kongenital, pertumbuhan janin terhambat hingga kematian janin dalam kandungan. (Saifuddin, 2011).

Upaya untuk mencegah terjadinya kematian janin dalam rahim yaitu dengan pemeriksaan kehamilan, penyuluhan tentang kesehatan tentang tanda bahaya pada kehamilan seperti perdarahan jalan lahir, pembengkakan muka, kaki dan jari kaki, keluar cairan banyak dari jalan lahir, sakit kepala berat, dan pergerakan janin berkurang. Konsumsi makanan dengan nilai gizi yang baik untuk mencegah terjadinya anemia, abortus, kematian janin dalam rahim, partus premature.

1.2 Rumusan Masalah

Mengacu pada latar belakang yang telah diuraikan diatas, maka asuhan kebidanan sangat dibutuhkan untuk mengatasi masalah Kematian Janin Intra Uterine (IUFD). Oleh karena itu dalam studi kasus ini rumusan masalah yang penyusun ajukan adalah “Bagaimana Asuhan Kebidanan Pada Primigravida Dengan *Intra Uterine Fetal Death* Di Ruang Bersalin RSUD Prof, DR. W. Z. JOHANES Kupang?”

1.3 Tujuan Penulisan

1.3.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu mengetahui Asuhan Kebidanan pada Ny. A.A dengan IUFD Di Ruang Bersalin RSUD. Prof. Dr. WZ. Johannes Kupang tahun 2017 dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan

1.3.2.Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian data dasar pada Ny A.A dengan Intra Uterine Fetal Death Di Ruang Bersalin RSUD Prof. Dr. WZ. Johannes Kupang.
2. Menginterpretasikan data, meliputi diagnose, masalah dan kebutuhan Ny A.A dengan Intra Uterin Fetal Death Di Ruang Bersalin RSUD Prof. Dr. WZ. Johanes Kupang.
3. Merumuskan diagnose dan masalah potensial pada Ny A.A dengan Intra Uterin Fetal Death Di Ruang Bersalin RSUD Prof. Dr. WZ. Johannes Kupang.
4. Mengidentifikasi dan menetapkan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera pada Ny A.A dengan Intra Uterin Fetal Death Di Ruang Bersalin RSUD Prof. Dr. WZ Johannes Kupang
5. Menyusun rencana tindakan pada Ny A.A dengan Intra UTERIN Fetal Death Di Ruang Bersalin RSUD Prof. Dr. WZ Johanne Kupang

6. Melaksanakan rencana tindakan pada Ny A.A dengan Intra Uterin Fetal Death Di Ruang Bersalin RSUD Prof. Dr. WZ Johannes Kupang
7. Melakukan evaluasi terhadap tindakan kebidanan pada Ny A. A dengan Intra Uterin Fetal Death Di Ruang Bersalin RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.

1.4 Manfaat

1.4.1 Bagi Peneliti

Untuk menambah pengetahuan tentang penulisan penelitian dan pengetahuan tentang asuhan persalinan dengan IUFD.

1.4.2 Bagi Institusi

Sebagai bahan informasi yang dijadikan referensi bagi pengembangan ilmu pengetahuan dan penelitian lebih lanjut bagi yang membutuhkannya.

1.5 Sistematika Penulisan

Dalam penulisan studi kasus ini yang di bagi menjadi 5 BAB

BAB I: Pendahuluan berisi tentang penelitian, (1) Latar belakang; (2) Rumusan masalah; (3) Tujuan penulisan; (4) Manfaat penelitian; (5) Sistematika penulisan

BAB II: Tinjauan Teori berisi tentang: (1) Konsep dasar IUFD; (2) Konsep dasar manajemen kebidanan

BAB III: Metodologi penelitian

BAB IV: Hasil Penelitian dan Pembahasan berisi uraian tentang (1) Pengkajian; (2) Interpretasi Data Dasar; (3) Antisipasi Masalah Potensial; (4) Tindakan Segera; (5) Perencanaan; (6) Pelaksanaan; (7) Evaluasi

Daftar Pustaka

BAB 2

TINJAUAN TEORI

2.1 Konsep Dasar Persalinan

2.1.1 Pengertian

1. persalinan normal merupakan proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu dan janin (Prawirohardjo, 2006).
2. Persalinan adalah proses pembukaan dan menipisnya serviks dan janin turun ke dalam jalan lahir (Hidayat, 2010).
3. Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang dapat hidup ke dunia luar dari rahim melalui jalan lahir atau jalan lain. (Widia, 2015).
4. persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri) (Manuaba, 2010).

2.1.2 Klasifikasi Persalinan

Menurut Nurasiah(2012),ada 2 klasifikasi persalinan yaitu:

1. Jenis Persalinan Berdasarkan Bentuk Persalinan
 - a. Persalinan spontan adalah persalinan seluruhnya berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri.
 - b. Persalinan buatan adalah proses persalinan dengan bantuan tenaga dari luar.
 - c. Persalinan anjuran adalah bila kekuatan yang diperlukan untuk persalinan di timbulkan dari luar dengan jalan rangsangan.
2. Menurut Usia Kehamilan

a. Abortus

Pengeluaran buah kehamilan sebelum berusia 20 minggu atau bayi dengan berat badan kurang dari 500 gram.

b. Partus Immatur

Pengeluaran buah kehamilan antara 20 minggu dan 28 minggu atau bayi dengan berat badan 500 gram dan kurang dari 1000 gram.

c. Partus Prematur

Pengeluaran buah kehamilan antara 28 minggu dan 37 minggu atau bayi dengan berat badan 1000 gram dan kurang dari 2500 gram.

d. Partus matur atau aterm

Pengeluaran buah kehamilan antara 28 minggu dan 42 minggu atau bayi dengan berat badan antara 2500 gram atau lebih.

e. Partus posmatur atau partus serotinus

Pengeluaran buah kehamilan setelah kehamilan 42 minggu.

2.1.3 Sebab-sebab Mulainya Persalinan

Menurut Manuaba(2010), terjadinya persalinan di sebabkan oleh beberapa teori sebagai berikut:

1. Teori kerenggangan

Otot rahim mempunyai kekuatan untuk meregang dalam batas tertentu. setelah melewati batas tertentu terjadi kontraksi sehingga persalinan dimulai.

2. Teori penurunan progesteron

Proses penuaian plasenta terjadi saat usia kehamilan 28 minggu, karena terjadi penimbunan jaringan ikat, pembuluh darah mengalami penyempitan

dan buntu. Produksi progesterone mengalami penurunan, sehingga otot rahim lebih sensitive terhadap oksitosin. Akibatnya otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesteron tertentu

3. Teori oksitosin internal

Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis posterior. Perubahan keseimbangan progesterone dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga sering terjadi kontraksi Braxton Hicks.

4. Teori Prostaglandin

Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak usia kehamilan 15 minggu, yang dikeluarkan oleh desidua. Pemberian prostaglandin saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi dikeluarkan. Prostaglandin dapat dianggap merupakan pemicu terjadinya persalinan.

2.1.4 Tahapan Persalinan

Proses persalinan dibagi menjadi 4 kala yaitu kala pembukaan, kala pengeluaran, kala uri dan kala pengawasan

1. Kala I

Pada kala I serviks membuka sampai pembukaan 10 cm, kala I disebut juga kala pembukaan. Secara klinis partus dimulai sejak timbul his dan wanita tersebut mengeluarkan lendir yang bersemu darah (*Bloody Show*). Lendir yang bersemu darah ini berasal dari lendir kanalis servikalis karena serviks mulai membuka atau mendatar. Sedangkan daranya berasal dari pembuluh-pembuluh kapiler yang berada di sekitar kanalis servikalis itu pecah karena pergeseran-pergeseran ketika serviks membuka (Varney, 2008)

Proses membukanya serviks sebagai akibat his dibagi dalam 2 fase:

a. Fase laten

Fase laten adalah periode waktu dari awal persalianan hingga ke titik, ketika pembukaan mulai berjalan secara progresif yang umumnya dimulai sejak kontraksi mulai muncul hingga pembukaan tiga sampai empat sentimeter atau permulaan fase aktif. Selama fase laten bagian presentasi mengalami penurunan sedikit demi sedikit.

Kontraksi mulai lebih stabil selama fase laten seiring dengan peningkatan frekuensi, durasi, intensitas dari mulai terjadi selama 10 menit sampai 20 menit, berlangsung 15 sampai 20 detik, dengan intensitas ringan hingga kontraksi dengan intensitas sedang (Rata-rata 40 mmHg pada puncak kontraksi dari tonus uterus dasar berlangsung selama 30 sampai detik (Varney, 2008)

b. Fase aktif

Fase aktif biasanya dimulai sejak ibu mengalami kontraksi teratur dan majudari sekitar pembukaan 4 cm sampai pembukaan serviks sempurna. Fase aktif di bagi menjadi 3 yaitu:

- 1) Fase akselerasi berlangsung selama 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm.
- 2) Fase dilatasi maksimal berlangsung dalam waktu 2 jam dan berlangsung sangat cepat dari 4 cm sampai 9 cm.
- 3) Fase deselerasi, pembukaan menjadi lambat sekali. Dalam waktu 2 jam pembukaan 9 cm menjadi 10 cm. fase-fase tersebut di atas dijumpai pada primigravida. Pada multigravida terjadi kemudian akan tetapi fase laten dan fase aktif terjadi lebih pendek. Mekanisme membukanya serviks berbeda antara primigravida dan multigravida. Pada primigravida ostium uteri internum akan membuka lebih dahulu,

sehingga serviks akan mendatar dan menipis. Baru kemudian ostium uteri eksternum membuka. Ostium internum dan eksternum serta penipisan dan pendataran serviks terjadi dalam saat yang bersamaan. Kala I selesai apabila pembukaan serviks uteri telah lengkap. Pada primigravida berlangsung kira-kira 13 jam, sedangkan multipara kira-kira 17 jam sama (Sarwono 2007).

2. Kala pengeluaran

Kala II persalinan dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir lahirnya bayi. Kala II pada primipara berlangsung 2 jam dan pada multipara selama 1 jam (Nuarisah, dkk 2011). Pada kala II his menjadi lama dan sangat cepat, kira-kira 2 sampai 3 menit sekali. Karena dalam hal ini kepala janin sudah masuk di ruang panggul, maka pada his di rasakan tekanan pada otot-otot dasar panggul yang secara reflektoris menimbulkan rasa mencedan. Wanita merasa pula tekanan pada rectum dan hendak buang air besar. Kemudian perineum menonjol dan menjadi lebih lebar dan anus membuka, labia membuka dan tidak lama kemudian kepala janin tampak dalam vulva pada waktu. Bila dasar panggul sudah lebih berelaksasi kepala janin tidak masuk lagi di luar his, dan dengan his dan kekuatan mencedan maksimal kepala janin dilahirkan dengan suboksiput di simfisis dan dahi, muka, dan dagu melewati perineum. Setelah istirahat his mulai lagi untuk mengeluarkan badan, dan anggota bayi (Sarwono 2007).

3. Kala III (Kala uri)

Dimulai segera setelah bayi lahir, sampai lahirnya plasenta yang berlangsung tidak lebih dari 3 menit. Pengeluaran plasenta disertai pengeluaran darah kira-kira 100 sampai 200 cc. setelah bayi lahir, uterus

teraba keras dengan fundus uteri agak di pusat. Beberapa menit kemudian uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan plasenta dari dinding. Biasanya plasenta lepas dalam 6 menit sampai 15 menit setelah bayi lahir dan keluar spontan atau dengan tekanan pada fundus uteri. Pengeluaran plasenta disertai dengan pengeluaran darah.

Pada kala III persalinan otot uterus menyebabkan berkurangnya ukuran rongga uterus secara tiba-tiba setelah lahirnya bayi. Penyusutan rongga uterus ini menyebabkan implantasi plasenta ke tempat implantasi semakin kecil, sedangkan ukuran plasenta tidak berubah. Oleh karena itu, plasenta akan menekuk, menebal kemudian terlepas dari dinding uterus. Setelah lepas, plasenta akan turun ke bagian bawah uterus atau bagian atas vagina (APN, 2007).

4. Kala IV (Pengawasan)

Dimulai saat lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama post partum. Tujuan asuhan persalinan memberikan asuhan yang memadai selama persalinan dalam upaya mencapai pertolongan persalinan yang bersih dan aman dengan memperhatikan aspek saying ibu dan saying bayi (Widia, 2015).

Pada kala IV merupakan proses yang terjadi sejak plasenta lahir sampai dengan 1 sampai 2 jam sesudahnya, hal-hal yang perlu diperhatikan adalah kontraksi uterus sampai uterus kembali ke bentuk normal. Hal ini perlu dilakukan dengan melakukan rangsangan taktil atau masase untuk merangsang uterus untuk berkontraksi baik dan kuat. Perlu juga diperhatikan bahwa plasenta telah lahir lengkap dan tidak ada yang tersisa sedikitpun dalam uterus. Observasi yang dilakukan pada kala IV adalah:

a. Tingkat kesadaran wanita

- b. Pemeriksaan TTV
- c. Kontraksi uterus
- d. Terjadinya perdarahan (perdarahan di katakan normal jika jumlahnya tidak melebihi 400 sampai 500 cc) (Widia, 2015).

2.1.5 Tanda dan Gejala Menjelang Persalinan

1. Tanda gejala menjelang persalinan

a. Lightening

Minggu ke 36 pada primigravida terjadi penurunan fundus karena kepala bayi sudah masuk pintu atas panggul yang disebabkan oleh: kontraksi Braxton hick, ketegangan otot, ketegangan ligamentum, dan gaya berat janin kepala kearah bawah (Manuaba, 2007).

b. Pembukaan serviks

Mendekati persalinan, serviks semakin matang. Jika sebelumnya selama hamil, servik masih lunak dengan konsistensi seperti pudding yang mengalami sedikit penipisan (effacement) dan kemungkinan sedikit dilatasi. Perubahan serviks diduga terjadi akibat peningkatan intensitas kontraksi Braxton hicks. Serviks semakin matang selama periode berbeda beda selama persalinan. Kematangan mengindikasikan kesiapan untuk persalianan (Varney 2008).

c. Persalinan palsu

Persalinan palsu terdiri dari kontraksi uterus yang sangat nyeri, yang memberi pengaruh yang signifikan pada serviks. Kontraksi pada persalinan palsu sebenarnya timbul akibat kontraksi Braxton hicks yang tidak nyeri, yang telah terjadi sekitar 6 minggu kehamilan. Persalinan palsu dapat terjadi selama sehari atau secara intermitan bahkan 3 sampai

4 minggu sebelum terjadi persalinan sejati. Persalinan palsu sangat nyeri dan wanita dapat mengalami kurang tidur dan kehilangan energy dalam menghadapinya. Bagaimanapun persalinan serviks mengindikasikan bahwa persalinan sudah dekat (Varney 2008).

d. Ketuban pecah dini

Pada kondisi normal, ketuban pecah dini pada kala I persalinan. Apabila terjadi sebelum persalinan kondisi tersebut di sebut dengan KPD. Hal ini dialami dari sekitar 12% wanita hamil. Kurang lebih 80% wanita yang mendekati usia kehamilan cukup bulan dan mulai mengalami KPD mulai mengalami persalinan spontan dalam 24 jam (Varney 2008)

e. Bloody show

Plak lendir disekresi sebagai hasil proliferasi kelenjar lendir serviks pada awal kehamilan. Plak ini menjadi sawar pelindung dan menutup jalan lahir selama kehamilan. Pengeluaran plak lendir ini yang di maksud dengan bloody show (Varney 2008).

f. Lonjakan energi

Banyak wanita mengalami lonjakan energi kurang lebih 24-48 jam sebelum terjadinya persalinan. Umumnya para wanita ini merasa energik selama beberapa jam sehingga bersemangat melakukan berbagai aktifitas yang akibatnya mereka merasa letih ketika memasuki persalinan dan seringkali persalinan menjadi sulit dan lama. Terjadinya lonjakan energi ini belum dapat dijelaskan selain bahwa hal tersebut terjadi secara alamiah, yang memungkinkan wanita memperoleh energi yang diperlukan

untuk menjalani persalinan. Wanita harus diinformasikan tentang kemungkinan lonjakan energi ini dan diarahkan untuk menahan diri dan menggunakannya untuk persalinan (Varney 2008).

2.1.6 Faktor yang Mempengaruhi Persalinaan

1. Faktor Power Nurasiah(2012).

Power adalah tenaga atau kekuatan yang mendorong janin keluar.

Kekuatan tersebut meliputi:

a. His (kontraksi uterus)

Adalah kekuatan kontraksi uterus karena otot-otot polos rahim bekerja dengan baik dan sempurna dengan sifat-sifat: kontraksi simetris, fundus dominan, kemudian diikuti relaksasi. Dalam melakukan observasi pada pasien bersalin hal-hal yang harus diperhatikan dari his adalah:

- 1) frekuensi his adalah jumlah his dalam waktu tertentu biasanya permenit, atau per 10 menit.
- 2) Intensitas his adalah kekuatan his (adekuat atau lemah)
- 3) Durasi (lama his) adalah lamanya setiap his berlangsung dan ditentukan dengan detik, misalnya 50 detik.
- 4) Interval his adalah jarak antara his satu dengan his berikutnya.
- 5) Datangnya his adalah apakah sering, teratur atau tidak.

Perubahan-perubahan akibat his

- 1) Pada uterus dan serviks. Uterus terasa keras padat karena kontraksi. Serviks tidak mempunyai otot-otot yang banyak, sehingga muncul his maka terjadi pendataran (effacement dan (pembukaan) dari serviks.
- 2) Pada ibu: rasa nyeri karena iskemia rahim, dan kontraksi rahim, terdapat pada kenaikan nadi dan tekanan darah.

- 3) Pada janin: pertukaran oksigen pada sirkulasi utero-plasenter kurang sehingga timbul hipoksia janin. DJJ melambat dan kurang jelas didengar karena adanya iskemia fisiologi.

Pembagian his dan sifat-sifatnya

- 1) His pendahuluan: his tidak kuat, datangnya tidak teratur, menyebabkan keluarnya lendir darah atau bloody show.
- 2) His pembuka (kala I) menyebabkan pembukaan serviks, semakin kuat, teratur dan sakit.
- 3) His pengeluaran (kala II): untuk mengeluarkan janin, sangat kuat, teratur, simetris, terkoordinasi.
- 4) His pelepasan uri (kala III) kontraksi sedang untuk melepaskan dan melahirkan plasenta.
- 5) His pengiring(kala IV): kontraksi lemah, masih sedikit nyeri, terjadi pengecilan rahim dalam beberapa jam atau hari.

b. Tenaga mendedan

- 1) Setelah pembukaan lengkap dan ketuban pecah, tenaga yang mendorong anak keluar selain his, terutama disebabkan karena kontraksi dinding-dinding otot perut, yang mengakibatkan peninggian tekanan intra abdominal.
- 2) Tenaga ini serupa dengan tenaga mengejan waktu kita buang air besar, tetapi jauh lebih kuat lagi.
- 3) Saat kepala sampai kedasar panggul, timbul reflex yang mengakibatkan ibu menutup glotisnya, mengkontraksikan otot-otot perut dan menekan diafragmanya kebawah.

- 4) Tenaga mengejan ini hanya dapat berhasil bila pembukaan sudah lengkap dan paling efektif sewaktu ada his.
- 5) Tanpa tenaga mengejan anak tidak dapat lahir.
- 6) Tenaga mengejan ini juga melahirkan plasenta setelah lepas dari dinding rahim.

2. Faktor *passager* (janin)

Faktor lain yang berpengaruh terhadap persalinan adalah faktor janin yang meliputi faktor janin, letak, bagian terbawah, dan posisi janin.

a. Sikap (*habitus*)

Menunjukkan bagian-bagian janin dengan sumbu janin, biasanya terhadap tulang punggungnya.

b. Letak (*situs*)

Letak janin adalah bagaimana sumbu janin beradanya pada sumbu ibu.

c. Presentasi

Dipakai untuk menentukan bagian janin yang ada dibagian bawah rahim, yang dijumpai ketika palpasi atau pemeriksaan dalam.

d. Bagian terbawah janin.

Sama dengan presentasi, hanya lebih diperjelas istilahnya

e. Posisi janin

Untuk menetapkan arah bagian terbawah janin apakah bagian kanan, kiri depan atau belakang terhadap sumbu ibu (*materal pelvis*).

3. Faktor *passage* (jalan lahir)

Passage atau jalan lahir dibagi menjadi

- a. Tulang panggul *os coxae*, *os sacrum*, *os coccygis*.

- b. *Articulatio* (persendian): simfisis pubis, artikulasio sakro-iliaka, artikulasio sakro-koksigidium.
- c. Ruang panggul pelvis mayor dan pelvis minor
- d. Pintu psnggu : PAP, ruang tengah panggul, PBP, ruang panggul yang sebenarnya berada di *autlet* dan *outlet*.
- e. Sumbuh panggul
- f. Bidang-bidang panggul hodge I-IV.
- g. Bagian lunak: otot-otot, jaringan-jaringan dan ligament ligament.

4. Psikis ibu

Dalam fase persalinan juga terjadi peningkatan kecemasan, engan makin meningkatnya kecemasan akan semakin meningkatkan intensitas nyeri. Penyebab nyeri adalah karena timbulnya ketegangan mental akibat rasa takut.

5. Faktor penolong.

Salah satu faktor yang sangat mempengaruhi terjadinya kematian ibu adalah kemampuan dan ketrampilan penolong persalinaan. Kompetensi yang dimiliki penolong sangat bermanfaat untuk memperlancar proses persalinaan dan mencegah kematian maternal neonatal (Nurasiah, 2012).

2.1.7 Mekanisme Persalinan Normal

Mekanisme persalinan normal merupakan gerakan janin yang mengakomodasikan diri terhadap panggul ibu. Diameter-diamter yang besar dari janin harus menyesuaikan diri dengan diameter yang paling besar dari panggul ibu agar janin bisa masuk melalui panggul untuk dilahirkan (Sarwono, 2009).

1. Diameter janin

- a. Diameter biparetal, yang merupakan diameter melintang terbesar dari kepala janin, dipakai dalam definisi pengucian (engagement).
- b. Diameter *suboksipitobregmatika* ialah jarak antara batas leher dengan oksiput ke anterior fontanel, ini adalah diameter yang berpengaruh membentuk presentasi kepala.
- c. Diameter *oksipitomenatal*, yang merupakan diameter terbesar dari kepala janin, ini adalah diameter yang berpengaruh membentuk presentasi dahi.

2. Mekanisme persalinan

Gerakan-gerakan utama anak dalam kelahiran adalah

a. Turunya kepala.

Turunya kepala dibagi dalam:

- 1) Masuknya kepala dalam pintu atas panggul pada primigravida sudah terjadi pada bulan terakhir kehamilan tetapi pada multipara biasanya baru terjadi pada permulaan persalinan. Masuknya kepala ke pintu atas panggul biasanya dengan sutura sagitalis melintang dan dengan fleksi yang ringan.

2) Majunya kepala

Pada primigravida majunya kepala terjadi setelah kepala masuk kedalam rongga panggul dan biasanya baru dimulai pada kala II. Pada multipara sebaliknya majunya kepala dalam rongga panggul terjadi bersamaan.

Penyebab majunya kepala antara lain.

- a) Tekanan cairan *intra uterine*.
- b) Tekanan langsung pada fundus oleh bokong.
- c) Kekuatan mengejan
- d) Melurusnya badan anak oleh perubahan bentuk rahim

b. Fleksi

Dengan majunya kepala biasanya fleksi bertambah hingga ubun-ubun kecil jelas lebih rendah dari ubun-ubun besar. Keuntungan dari bertambah fleksi ialah bahwa ukuran kepala yang lebih kecil melalui jalan lahir, diameter *suboksipito bregmatika* (9 cm) menggantikan diameter *suboksipito frontalis* (11 cm). fleksi ini disebabkan karena anak didorong maju dan sebaliknya mendapat tahanan dari dari pintu atas panggul, serviks, dinding panggul atau dasar panggul (Sarwono, 2009)

c. Putaran paksi dalam

Putaran paksi dalam mutlak diperlukan untuk kelahiran kepala karena putaran paksi merupakan suatu usaha untuk menyesuaikan suatu posisi kepala dengan bentuk jalan lahir khususnya untuk bidang tengah dan pintu bawah panggul. Putaran paksi dalam bersamaan dengan majunya kepala dan tidak terjadi sebelum kepala sampai hodge III dan bila kepala sampai ke dasar panggul (Sarwono, 2009)

Sebab-sebab terjadi putaran paksi dalam adalah:

- 1) Pada letak fleksi, bagian belakang kepala merupakan bagian terendah dari kepala.
- 2) Bagian terendah dari kepala ini mencari tahanan yang paling sedikit terdapat sebelah depan atas dimana terdapat hiatus genitalis antara levantor ani kiri dan kanan.

3) Ukuran terbesar dari bagian tengah panggul adalah diameter *anteroposterior*.

d. Ekstensi

Setelah putaran paksi selesai dan kepala sampai didsara panggul, terjadilah ekstensi atau defleksi dari kepala.

Pada kepala bekerja dua kekuatan yang satu mendesakny ke bawah dan yang satunya menyebabkan tahanan dasar panggul yang menolaknya ke atas.

Setelah suboksiput bertahan pada pinggir bawah simfisis akan maju karena kekuatan tersebut di atas bagian yang berhadapan dengan suboksiput, maka lahirlah berturut turut pada pinggir atas perineum ubun-ubun besar, dahi, hidung, mulut dan akhirnya dagu dengan gerakan ekstensi. Suboksiput yang menjadi pusat pemutan disebut *hypomochilin*.

e. Putaran paksi luar.

Setelah kepala lahir, maka kepala anak memutar kembali ke arah punggung anak untuk menghilangkan torsi pada leher yang terjadi karena putaran paksi dalam. Gerakan ini disebut putaran resitusi (putaran balasan sama dengan putaran paksi luar).

f. Ekspulsi

Setelah putaran paksi luar bahu depan sampai di bawah simfisis dan menjadi hypomoclon untuk kelahiran bahu belakang. Kemudian bahu depan muncul dan selanjutnya seluruh badan anak lahir searah dengan paksi jalan lahir (Nurasiah, 2012).

2.1.8 Tujuan Asuhan Persalinan

Tujuan asuhan pada persalinan normal secara umum adalah mengupayakan kelangsungan hidup dan mencapai derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya, melalui berbagai upaya yang terintegrasi yang lengkap serta intervensi minimal sehingga prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang optimal. Tujuan asuhan persalinaan yang lebih spesifik menurut (Sudarti, 2010)) adalah:

1. Memberikan asuhan yang memadai selama persalinan dalam upaya mencapai pertolongan persalinan yang bersih dan aman dengan memperhatikan aspek saying ibu dan bayi.
2. Melindungi keselamatan ibu dan bayi baru lahir (BBL), mulai dari hamil hingga bayi selamat.
3. Mendeteksi dan penatalaksanaan komplikasi secara tepat waktu.
4. Memberikan dukungan serta cepat bereaksi terhadap kebutuhan ibu, pasangan dan keluarganya selama persalinaan dan kelahiran bayinya

2.1.9 Langkah-langkah Asuhan Persalinan Normal (APN)

Persalinan merupakan proses fisiologi yang tidak akan habis sejalan dengan kelangsungan hidup manusia di muka bumi. Asuhan Persalinan Normal (APN) disusun dengan tujuan terlaksananya persalinan dan pertolongan pada persalinan normal yang baik dan benar, target akhirnya adalah penurunan angka mortalitas ibu dan bayi di Indonesia. Pada awalnya APN terdiri dari 60 langkah, namun setelah direvisi menjadi 60 langkah, sebagai berikut:

1. Mengenali tanda dan gejala kala dua

Memeriksa tanda/gejala berikut: Ibu mempunyai keinginan untuk meneran, merasa tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan atau

vaginanya, perineum menonjol dan menipis, serta vulva-vagina dan sfingter ani membuka.

2. Menyiapkan pertolongan persalinan

- a. Pastikan kelengkapan peralatan, bahan, dan obat-obatan esensial.
- b. Partus set dan heating set siap dalam wadahnya.
- c. Semua pakaian, handuk, selimut, dan kain untuk bayi dalam kondisi bersih dan hangat.
- d. Timbangan, pita ukur, stetoskop bayi, dan termometer dalam kondisi baik dan bersih.
- e. Patahkan ampul oksitosin 10 unit dan tempatkan spuit steril sekali pakai di dalam partus set/ wadah DTT.
- f. Untuk resusitasi: tempat datar, rata, bersih, kering, dan hangat, 3 shanduk/ kain bersih, alat penghisap lendir, lampu sorot 60 watt berjarak 60 cm diatas tubuh bayi.
- g. Persiapan bila terjadi kegawatdaruratan pada ibu: cairan kristaloid, set infus.
- h. Kenakan celemek plastik yang bersih, sepatu tertutup kedap air, tutup kepala, masker, dan kacamata.
- i. Lepas semua perhiasan pada lengan/ tangan, cuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih lalu keringkan dengan handuk atau tisu bersih.
- j. Pakai sarung tangan steril/ DTT untuk pemeriksaan dalam.
- k. Ambil spuit dengan tangan yang bersarung tangan, isi dengan oksitosin 10 unit dan letakkan kembali spuit tersebut di partus set/ wadah steril tanpa mengkontaminasi spuit.

3. Memastikan pembukaan lengkap dan keadaan janin baik.

- a. Bersihkan vulva dan perineum, dari depan ke belakang dengan kapas atau kasa yang dibasahi air DTT.
 - b. Lakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap. Lakukan amniotomi bila selaput ketuban belum pecah, dengan syarat: kepala sudah masuk ke dalam panggul dan tali pusat tidak teraba.
 - c. Dekontaminasi sarung tangan dengan mencelupkan tangan yang memakai sarung tangan dalam larutan clorin 0,5%, lepas sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam dalam larutan tersebut \pm 10 menit. Cuci tangan setelahnya.
 - d. Periksa DJJ segera setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120-160 x/ menit). Ambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal.
4. Menyiapkan ibu dan keluarga untuk membantu proses bimbingan meneran.
- a. Beritahu ibu pembukaan sudah lengkap, keadaan janin baik.
 - b. Minta bantuan keluarga menyiapkan posisi ibu untuk meneran. Bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan merasa nyaman. Anjurkan ibu untuk cukup minum.
 - c. Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan kuat untuk meneran. Perbaiki cara meneran apabila tidak sesuai. Nilai DJJ setiap kontraksi selesai.
 - d. Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok, atau mengambil posisi yang nyaman jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit.
5. Mempersiapkan pertolongan kelahiran bayi

- a. Jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, letakkan handuk bersih diatas perut ibu untuk mengeringkan bayi.
 - b. Letakkan kain bersih, dilipat 1/3 bagian di bawah bokong ibu
 - c. Buka tutup partus set, perhatikan kembali kelengkapannya.
 - d. Pakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan.
6. Membantu lahirnya kepala
- a. Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain bersih kering dan tangan lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala.
 - b. Periksa lilitan tali pusat dan lakukan tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi. Jika lilitan pusat cukup longgar maka lepaskan lilitan tersebut melewati kepala bayi. Jika lilitan pusat terlalu ketat, klem tali pusat di dua titik lalu gunting diantaranya sambil tetap melindungi leher bayi.
 - c. Tunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar, pegang secara spontan.
7. Membantu lahirnya bahu
- Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparietal. Anjurkan ibu meneran saat kontraksi berikutnya:
- a. Dengan lembut gerakkan kepala kearah bawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawah arkus pubis.
 - b. Gerakkan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.
8. Membantu lahirnya badan dan tungkai
- a. Setelah kedua bahu lahir, geser tangan yang berada di bawah kearah perineum ibu untuk menyangga kepala, lengan dan siku sebelah bawah.

Gunakan tangan yang berada di atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.

- b. Setelah tubuh dan lengan bayi lahir, lanjutkan penelusuran tangan yang berada di atas ke punggung, bokong, tungkai, dan kaki bayi. Pegang kedua mata kaki (masukan telunjuk di antara kaki dan pegang masing-masing mata kaki dengan ibu jari dan jari-jari lainnya).

9. Penanganan bayi baru lahir

- a. Lakukan penilaian selintas untuk menilai apakah ada asfiksia bayi: apakah kehamilan cukup bulan?, apakah bayi menangis atau bernapas/ tidak megap-megap?, apakah tonus otot bayi baik/ bayi bergerak aktif?
- b. Bila tidak ada tanda asfiksia, lanjutkan manajemen bayi baru lahir normal. Keringkan bayi mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya kecuali tangan tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan yang kering. Biarkan bayi di atas perut ibu
- c. Periksa kembali perut ibu untuk memastikan tidak ada bayi lain dalam uteri (hamil tunggal).

10. Manajemen Aktif Kala III

- a. Beritahu ibu bahwa penolong akan menyuntikan oksitosin untuk membantu uterus berkontraksi baik.
- b. Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikan oksitosin 10 unit IM di 1/3 paha atas bagian distal lateral (aspirasi sebelum penyuntikan). Tidak ada oksitosin: rangsang puting payudara ibu; beri ergometrin 0,2mg IM (tidak diberikan pada pasien preeklamsia, eklamsia, dan hipertensi).
- c. Dengan menggunakan klem, 2 menit setelah bayi lahir, jepit tali pusat sekitar 3 cm dari umbilikus bayi. Dari sisi luar klem penjepit, dorong isi

tali pusat ke arah distal (ibu) dan lakukan penjepitan kedua pada 2 cm distal dari klem pertama.

d. Potong dan ikat tali pusat

1) Dengan satu tangan, angkat tali pusat yang telah dijepit kemudian gunting tali pusat di antara 2 klem tersebut.

2) Ikat tali pusat dengan benang DTT pada satu sisi kemudian lingkarkan kembali benang ke sisi berlawanan dan lakukan ikatan kedua menggunakan simpul kunci.

3) Lepaskan klem, masukkan dalam larutan klorin 0,5%.

e. Tempatkan bayi untuk melakukan kontak kulit dengan ibu. Letakkan bayi pada posisi tengkurap didada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga menempel dengan baik didinding dada-perut ibu. Usahakan kepala bayi berada diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting payudara ibu.

f. Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan kering dan pasang topi pada kepala bayi.

g. Pindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva.

h. Letakkan satu tangan di atas kain yang ada di perut ibu, tepat di tepi atas simfisis dan tegangkan tali pusat dan klem dengan tangan yang lain.

i. Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan lain mendorong uterus ke arah dorso-kranial secara hati-hati untuk mencegah inversio uteri. Jika uterus tidak segera berkontraksi, minta anggota keluarga menstimulasi puting susu ibu. Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat, tunggu timbul kontraksi berikutnya dan ulangi prosedur di atas.

- j. Lakukan penegangan dan dorongan dorso-kraniol hingga plasenta lepas, minta ibu meneran sambil menarik tali pusat arah sejajar lantai kemudian ke arah atas, mengikuti poros jalan lahir dengan tetap melakukan tekanan dorso-kraniol.
- 1) Jika tali pusat bertambah panjang pindahkan klem hingga berjarak 5-10 cm dari vulva, lahirkan plasenta.
 - 2) Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat beri dosis ulangan oksitosin 10 unit IM, kateterisasi (aseptik) jika kandung kemih penuh. Ulangi penegangan tali pusat 15 menit berikutnya. Bila terjadi perdarahan, lakukan plasenta manual. Segera rujuk jika plasenta tidak lahir 30 menit setelah bayi lahir.
- k. Saat plasenta terlihat di introitus vagina, lanjutkan kelahiran plasenta dengan menggunakan kedua tangan.
- l. Segera plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus letakan telapak tangan difundus dan dilakukan masase uterus dengan gerakan melingkar dan hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras)
11. Menilai perdarahan
- a. Periksa kedua posisi plasenta bagian ibu dan janin dan periksa selaput utuh atau tidak menyimpan plasenta pada tempatnya
 - b. Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina atau vulva perinium
 - c. Memeriksa kandung kemih
 - d. Mencelupkan tangan yang masih menggunakan sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5 % untuk membersihkan baik darah dan cairan tubuh dan bilas dengan handuk tanpa dilepas sarung tangan kemudian keringkan tangan dengan handuk.

- e. Mengajarkan ibu dan keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi
- f. Memeriksa nadi dan pastikan keadaan umum ibu baik
- g. Memeriksa jumlah perdarahan
- h. Memantau keadaan bayi dan pastikan bahwa bernapas dengan baik, nadi baik
- i. Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi selama 10 menit
- j. Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi cairan tubuh dibuang ditempat yang sesuai yaitu sampah yang terkontaminasi seperti cairan tubuh dibuang di tempat sampah medis dan sampah plastik dibuang ditempat sampah non medis
- k. Membersihkan badan ibu menggunakan air DTT
- l. Memastikan ibu dalam keadaan nyaman dan bantu ibu membersihkan ASI kepada bayinya dan menganjurkan keluarga untuk memberikan makan dan minum kepada ibu
- m. Mendekontaminasikan alat partus dengan larutan klorin 0,5 % selama 10 menit
- n. Celupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5 % buka sarung tangan dan rendamkan selama 10 menit dan melepaskan alat pelindung diri (APD)
- o. Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan handuk yang kering dan bersih
- p. Memakai sarung tangan ulang

- q. Melakukan pemeriksaan fisik bayi dan merawat bayi Ku bayi
- r. Memberitahu ibu bahwa akan melakukan penyuntikan Neo-k dipaha kiri setelah 1 jam bayi lahir kemudian akan dianjurkan pemberian suntikan HB0 pada bayi dipaha kanan setelah 2 jam bayi lahir
- s. Melepaskan sarung tanagn dalam keadaan terbalik dan rendam didalam larutan klorin 0,5 % selama 10 menit
- t. Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkandengan handuk yang bersih dan kering
- u. Melakukan pendokumentasian pada lembar partograf lembar depan dan belakang.

2.1.10 Partograf

Partograf adalah alat untuk mencatat hasil observasi dan pemeriksaan fisik ibu dalam proses persalinan serta merupakan alat utama dalam mengambil keputusan klinik khususnya pada persalinan kala I. kegunaan partograf:

1. Mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan memeriksa pembukaan serviks berdasarkan pemeriksaan dalam.
2. Mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal, dengan demikian dapat mendeteksi secara dini kemungkinan terjadinya partus lama. Hal ini merupakan bagian terpenting dari proses pengambilan keputusan klinik persalinan kala I.

Partograf dipakai untuk memantau kemjuan dan membantu petugas kesehatan dalam mengambil keputusan dalam penatalaksanaan. Partograf dimulai pada pembukaan 4 cm (fase aktif). Partograf sebaiknya dibuat untuk

setiap ibu yang bersalin, tanpa menghiraukan apakah persalinan normal atau dengan komplikasi.

Petugas harus mencatat kondisi ibu dan janin sebagai berikut:

1. Denyut jantung janin. Catat setiap 1 jam
2. Air ketuban. Catat warna air ketuban setiap melakukan pemeriksaan vagina
 - a. U: selaput utuh
 - b. J: selaput pecah, air ketuban jernih
 - c. M: air ketuban bercampur mekonium
 - d. D: air ketuban bernoda darah
 - e. K: tidak ada cairan ketuban/kering
3. Perubahan bentuk kepala janin (molding atau molase)
 - a. 0: sutura terpisah
 - b. 1: sutura (pertemuan dua tulang tengkorak) yang tepat/bersesuaian
 - c. 2: sutura tumpang tindih tetapi dapat diperbaiki
 - d. 3: sutura tumpang tindih dan tidak dapat diperbaiki
4. Pembukaan mulut rahim (serviks). Dinilai setiap 4 jam diberi tanda (x)
5. Penurunan. Mengacu pada bagian kepala (dibagi 5 bagian) yang teraba (pada pemeriksaan abdomen/luar) di atas simfisis pubis catat dengan tanda lingkaran (O) pada setiap pemeriksaan dalam. Pada posisi 0/5, sinsiput (S) atau paruh atas kepala berada di simfisis pubis.
6. Waktu. Menyatakan beberapa jam yang telah dijalani sesudah pasien diterima
7. Jam. Catat jam sesungguhnya.

8. Kontraksi. Catat setiap setengah jam, lakukan palpasi untuk menghitung banyaknya kontraksi dalam 10 menit dan lamanya kontraksi tiap hitungan detik
 - a. Kurang dari 20 detik
 - b. Antara 20 dan 40 detik
 - c. Lebih dari 40 detik
9. Oksitosin. Jika memakai oksitosin, catatlah banyaknya oksitosin pervolume cairan infuse dan dalam tetesan permenit.
10. Obat yang diberikan. Catat semua obat yang telah diberikan.
11. Nadi. Catatlah setiap 30-60 menit dan tandai dengan sebuah titik besar (.)
12. Tekanan darah. Catatlah setiap 4 jam dan tanda dengan anah panah.
13. Suhu badan. Catatlah setiap 2 jam
14. Protein, aseton, dan volume urin. Catat setiap 4 kali ibu berkmihi. Jika temuan-temuanmelintas kea rah kanan dari garus waspada, petugas kesehatan harus melakukan penilaian terhadap kondisi ibu dan janin dan segera mencapai rujukan yang tepat.

2.2 Konsep Dasar Kematian Janin Dalam Rahim

2.2.1 Definisi

WHO dan The American College of Obstetricians and Gynecologists yang disebut kematian janin dalam rahim adalah janin yang mati dalam rahim dengan berat badan 500 gram atau lebih atau kematian janin dalam rahim pada kehamilan 20 minggu atau lebih. Kematian janin merupakan hasil akhir dari gangguan pertumbuhan janin, gawat janin, atau infeksi (Prawirohardjo, 2006). Manuaba (1998), kematian janin dibagi menjadi 4 golongan

1. Kelompok I: kematian janin sebelum kehamilan 20 minggu

2. Kelompok II: kematian janin pada umur kehamilan 20-28 minggu
3. Kelompok III: kematian janin pada umur kehamilan lebih dari 28 minggu atau berat diatas 1000 gram
4. Kelompok IV: kematian janin yang tidak dapat golongan

Menurut *federation International Gynecologist and Obstertri (FIGO)* kelahiran mati termasuk bayi dengan BBL >500 gram atau lebih dan atau sesuai umur kehamilan >22 minggu (Nugroho, 2011).

Intra Uterine Fetal Death/kematian janin dalam rahim yaitu kematian yang terjadi saat UK lebih dari 20 minggu dimana janin sudah mencapai ukuran 500 gr atau lebih (Saifudin,2011).

2.2.2 Etiologi

Menurut Nugroho (2011), penyebab kematian janin dalam rahim adalah sebagai berikut:

1. Kehamilan diatas 36 minggu pada ibu dengan penyakit kencing manis (diabetes mellitus).
2. Mungkin terjadi lilitan tali pusat yang menimbulkan kematian

Tali pusat sangat penting sehingga janin bebas bergerak dalam cairan amnion, sehingga pertumbuhan dan perkembangannya berjalan dengan baik. Pada umumnya tali pusat mempunyai panjang sekitar 55 cm. tali pusat terpendek pernah dilaporkan sepanjang 2,5 cm, sedangkan terpanjang sekitar 300 cm. tali pusat yang terpanjang apat menimbulkan lilitan pada leher, sehingga mengganggu aliran darah ke janin dan menimbulkan bahaya asfeksia

sampai kematian. Beberapa kelainan tali pusat dapat dikemukakan sebagai berikut:

1. Kelainan insersi tali pusat.

Insersi tali pusat pada umumnya parasentral atau sentral. Dalam keadaan tertentu terjadi insersi tali pusat.

- a. Plasenta battledore bila insersinya di tepi marginal plasenta.
- b. Insersi velamentosa bila insersinya jauh di luar plasenta, di daerah membrane.

Biaya insersi velamentosa bila terjadi vasa previa, yaitu pembuluh darahnya melintas kanalis servikalis, sehingga saat ketuban pecah pembuluh darah yang berasal dari janin ikut serta pecah. Gejala klinis vasa previa adalah ketuban pecah diikuti perdarahan merah (baru-kaya O₂), selanjutnya distress janin. Kematian janin pada pecahnya vasa previa mencapai 60%-70% terutama bila pembukaan masih kecil karena kesempatan seksio sesarea terbatas dengan waktu. Bila dijumpai atau dapat ditegakkan diagnose vasa previa saat melakukan pemeriksaan dalam, penderita dirujuk ke rumah sakit untuk pertolongan dengan primer seksio sesarea.

2. Simpul tali pusat

Tali pusat mempunyai dua arteri umbilicus dan sebuah vena umbilicus terlindung oleh selei Wharton, sehingga terhindar dari tekanan yang dapat mengganggu sirkulasi dari dan ke janin. Pernah ditemui kasus kematian dalam rahim akibat terjadi peluntiran pembuluh darah umbilicus, karena ditempat tersebut selei whartonnya sangat tipis. Peluntiran pembuluh

darah tersebut menghentikan sama sekali aliran darah tersebut sehingga terjadi kematian janin dalam rahim.

Gerekan janin yang begitu aktif dapat menimbulkan simpul sejati sering juga dijumpai. Sebagian simpul sejati ini tidak menimbulkan asfiksia *intra uterin* dan kematian janin, karena masih dilindungi oleh selei Wharton. Bila simpul tersebut demikian eratnyanya sehingga menutup sama sekali pembuluh darah umbilicus dapat dipastikan terjadi kematian janin dalam rahim.

Simpul palsu dimaksudkan bila pembuluh darahnya lebih panjang dan selei Wharton, sehingga pembuluh darahnya melebar, seolah-olah simpul. Keadaan simpul palsu tidak membahayakan janin, kecuali bila pembuluh darah pecah sehingga mengganggu samapai menghentikan aliran darah dari dan kejanin. Keadaan simpul sejati atau simpul palsu hanya dapat dibuktikan setelah bayi lahir.

3. Lilitan tali pusat

Gerekan janin dalam rahim yang aktif pada tali pusat yang panjang besar kemungkinan dapat terjadi lilitan tali pusat. Lilitan tali pusat pada leher sangat berbahaya, apalagi bila terjadi lilitan beberapa kali. Dapat diperkirakan bahwa makin masuk kepala janin ke dasar panggul, makin erat lilitan tali pusat dan makin terganggu aliran darah menuju dan dari janin.

4. Gangguan nutrisi menjelang kehamilan cukup bulan

5. Kehamilan dengan perdarahan

6. Kehamilan lewat waktu lebih dari 14 hari.

Penyebab dari IUFD seringkali dipicu oleh ketidakcocokan rhesus darah ibu ke janin, ketidakcocokan golongan darah ibu ke janin, gerakan janin

terlalu aktif, penyakit pada ibu, kelainan kromosom, trauma saat lahir, infeksi pada ibu, kelainan bawaan janin, perdarahan antepartum, penyakit saluran kencing, penyakit endokrin, malnutrisi, dll (Hakimi, 2010).

Menurut Prwirohardjo (2006), pada 25-60% kasus penyebab kematian janin tidak jelas. Kematian janin dapat disebabkan oleh faktor maternal, fetal, atau kelainan patologik plasenta.

1. Faktor maternal antara lain adalah

Post term (>42 minggu), diabetes tidak terkontrol, sistemik lupus eritematosus, infeksi, hipertensi, preeklampsia, eklampsia, hemoglobinopati, umur ibu tua, penyakit rhesus, ruptura uteri, antifosfolipid sindrom, hipotensi akut ibu, kematian ibu.

2. Faktor fetal antara lain adalah

Hamil kembar, hamil tumbuh terhambat, kelainan congenital, kelainan genetic, infeksi.

3. Faktor plasenta antara lain adalah

Kelainan tali pusat, lepasnya plasenta, ketuban pecah dini, vasa previa.

4. Sedangkan faktor resiko terjadinya kematian janin intrauterin meningkat pada usia ibu >40 tahun, pada ibu infertile, kemokonsentrasi pada ibu, riwayat bayi dengan berat badan lahir rendah, infeksi ibu atau (uraplasma urealitikum). Kegemukan, ayah berusia lanjut.

Upaya diagnosis pasti penyebab kematian sebaiknya dilakukan otopsi janin dan pemeriksaan plasenta serta selaput. Diperlukan evaluasi secara komperhensif untuk mencari penyebab kemaian janin termasuk analisis kromosom, kemungkinan terpapar infeksi untuk mengantisipasi kehamilan selanjutnya.

Pengelolaan kehamilan selanjutnya bergantung pada penyebab kematian janin. Meskipun kematian janin berulang jarang terjadi, demi kesejahteraan keluarga, pada kehamilan berikut diperlukan pengelolaan yang lebih ketat tentang kesejahteraan janin.

Pemantauan kesejahteraan janin dapat dilakukan dengan amnesia, ditanyakan aktifitas gerakan janin pada ibu hamil, bila mencurigakan dapat dilakukan pemeriksaan kardiotokografi (Prawirohardjo, 2006).

2.2.3. Manifestasi Klinik

Menurut (Safuddin 2011), penilaian klinik terhadap kematian janin dalam rahim adalah sebagai berikut:

1. Pertumbuhan janin (-) bahkan janin mengecil sehingga tinggi fundus uteri menurun.
2. Bunyi jantung janin tidak mendengar dengan fetoskop dan dipastikan dengan dopler.
3. Keluhan ibu menghilangnya gerak janin
4. Berat badan ibu meneran
5. Tulang kepala menurun
6. USG: merupakan sarana penunjang diagnostic yang baik untuk memastikan kematian janin dimana gambarannya menunjukkan janin tanpa tanda kehidupan.
7. Catatan: pemeriksaan radiologi dapat menimbulkan masalah dan tidak perlu. Bila dilakukan 5 hari setelah kematian janin, akan tampak gambaran sebagai berikut:
 - a. Tulang kepala janin tumpang tindih satu sama lain.
 - b. Tulang belakang mengalami hiperfleksi.

- c. Tampak gambaran gas pada jantung dan pembuluh darah
 - d. Edema disekitar tulang kepala.
8. Pemeriksaan HCG urine menjadi negative. Hasil ini terjadi beberapa hari setelah kematian janin.

2.2.4 Komplikasi

1. Trauma emosional yang berat terjadi bila waktu antara kematian janin dan persalinan cukup bulan.
2. Dapat terjadi infeksi bila ketuban pecah.
3. Dapat terjadi koagulopati bila kematian janin berlangsung lebih dari 2 minggu. Perubahan yang terjadi pada janin yang telah mati adalah sebagai berikut:

a. Rigormortis

Berlangsung 21/2 jam setelah mati kemudian menjadi lemas.

b. Maserasi tingkat I

Timbul lepuh-lepuh pada kulit. Lepuh ini mula-mula berisi cairan jernih. Tapi kemudian menjadih merah. Berlangsung sampai 48 jam setelah janin mati.

c. Maserasi tingkat II

Lepuh pecah dan mewarnai air ketuban menjadi merah cokelat, 48 jam setelah mati.

d. Maserasi tingkat III

Terjadi \pm 3 minggu setelah janin mati. Badan janin sangat lemas, hubungan antar tulang-tulang sangat longgar dan terdapat edema di bawah kulit (Sarwono, 2009).

2.2.5 Kriteria Diagnostic

Menurut (Prawirohardjo 2006), kriteria diagnostic untuk kematian janin dalam rahim adalah:

Riwayat dan pemeriksaan fisik sangat terbatas nilainya dalam membuat diagnosis kematian janin. Umumnya penderita hanya mengeluh gerakan janin berkurang. Diagnosis pasti ditegakkan dengan pemeriksaan ultrasound, dimana tidak tampak adanya gerakan jantung janin.

Pada anamnesis gerakan menghilang. Pada pemeriksaan pertumbuhan janin tidak ada yang terlihat pada tinggi fundus uteri menurun, berat badan ibu menurun, dan lingkaran perut ibu mengecil.

Dengan fetoskopi dan dopler tidak dapat didengar adanya bunyi jantung janin. Dengan sarana penunjang diagnostic lain yaitu USG, tampak gambaran janin tanpa tanda kehidupan. Dengan foto radiologic setelah 5 hari tampak tulang kepala kolaps, tulang kepala saling tumpang tindih (gejala spalding) tulang belakang hiperrefleksi, edema sekitar tulang kepala, tampak gambaran gas pada jantung dan pembuluh darah. Pemeriksaan HCG urine menjadi negative setelah beberapa hari kematian janin.

Komplikasi yang dapat terjadi ialah trauma psikis ibu ataupun keluarga, apalagi bila waktu antara kematian janin dan persalinan berlangsung lama. Bila terjadi ketuban pecah dapat terjadi infeksi. Terjadi koagulopati bila kematian janin lebih dari 2 minggu.

2.2.6 Penanganan

Menurut (Indriyani 2013), penanganan yang dilakukan pada kematian janin dalam rahim adalah sebagai berikut:

1. Mengambil darah untuk pemeriksaan darah pwerifer, fungsi pembekuan, golongan darah ABO dan rhesus.
2. Jelaskan seluruh prosedur pemeriksaan, hasil serta rencana tindakan yang akan dilakukan kepada ibu dan keluarga. Bila belum ada kepastian penyebab kematian janin, hindari memberikan informasi yang tidak tepat.
3. Yakinkan pada ibu bahwa kemungkinan besar akan dapat lahir pervaginam.
4. Rencanakan persalinan pervaginam baik dengan cara induksi maupun ekspektatif, sampaikan rencana tersebut pada ibu dan keluarganya sebelum mengambil keputusan.
5. Bila pilihan ditetapkan dengan cara ekspektatif, tunggu persalinan spontan hingga 2 minggu, yakinkan bahwa 90% persalinan spontan akan terjadi tanpa komplikasi.
6. Bila pilihan adalah manajemen aktif, lakukan induksi persalinan dengan menggunakan oksitosin atau misoprostal. Tindakan section caesareahamper tidak pernah dilakukan, jika janin letak lintang alternatifnya antara lain embriotomi dekapitasi.
7. Pemeriksaan patologi plasenta akan mengungkapkan adanya patologi plasenta dan infeksi.
8. Bila terjadi hipofibrinogenemia, bahanya adalah dapat terjadi perdarahan postpartum. Hal ini dapat ditangani dengan pemberian tranfusi atau pemberian fibrinogen.

2.2.7 Pengelolaan

Menurut (Nugroho 2011), janin mati dalam rahim sebaiknya segera dikeluarkan secara:

1. Lahir spontan 75% akan lahir spontan dalam 2 minggu.

2. Persalinan anjuran:

a. Dilatasi serviks dengan batang laminaria

Setelah dipasang 12-24 jam kemudian dilepas dan dilanjutkan dengan infuse oksitosin sampai terjadi pengeluaran jalin dan plasenta.

b. Dilatasi serviks dengan kateter folley

Umur kehamilan lebih dari 42 minggu

Kateter folley no.18. dimasukkan dalam kanalis servikalis diluar kantong amnion.

Disis 50 ml aquadest steril.

Ujung kateter diikat dengan tali, kemudian lewat katrol, ujung tali diberi beban sebesar 500 gram.

Dilanjutkan infuse oksitosin 10 U dalam Dekstrose 5% 500ml, mulai 8 tetes/menit sampai his adekuat.

c. Infuse oksitosin

Keberhasilan sangat bergantung pada pematangan serviks, dinilai dengan skor bishop, bila =5 akan lebih berhasil.

Dipakai oksitosin 5-10 unit dalam dekstose 5% 500 ml, mulai 8 tetes/menit dinaikan 4 tetes tiap 15 menit sampai his adekuat.

d. Induksi prostaglandin

Dosis Pg E-2 dalam bentuk suppositoria diberikan 20mg, diulang 4-5 jam

Pg-E-2 diberikan dalam bentuk suntikan IM 400mg.

Pg-E-2,5 mg/ml dalam larutan NaCl 0,9%, dimulai 0,625 mg/ml dalam infus.

2.3 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Intrapartal Dengan Intra Uterin Fetal Death

Menurut Helen Varney (1997), manajemen kebidanan merupakan proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan dengan urutan logis dan menguntungkan, menguraikan perilaku yang diharapkan dari pemberian asuhan yang berdasarkan pada teori ilmiah, penemuan, keterampilan dalam rangkaian atau tahapan yang logis untuk pengambilan keputusan yang terfokus pada klien

1. Pengkajian dan pengumpulan data dasar

Pada langkah ini dilakukan pengkajian dengan pengumpulan semua data yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan pasien secara lengkap, yaitu riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik sesuai kebutuhan, meninjau catatan terbaru atau sebelumnya, dan meninjau data laboratorium dan membandingkan dengan hasil studi, (Muslihatun, dkk, 2009). Data-data dapat dikumpulkan dari berbagai sumber dengan tiga macam teknik yaitu: wawancara (anamnesis), observasi dan pemeriksaan fisik (Jannah, 2011).

a. Data subjektif

Adalah data yang didapat dari klien sebagai suatu pendapat terhadap suatu situasi data kejadian. Data tersebut tidak dapat ditentukan oleh bidan secara independen tetapi melalui suatu interaksi dan komunikasi.

1) Biodata

Biodata berisi tentang identitas klien beserta suaminya yang meliputi: Nama, umur, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat.

2) Keluhan utama

Keluhan utama pada ibu bersalin adalah mules pada perut dan nyeri pinggang menjalar keperut bagian bawah. Keluar lendir bercampur darah dan gerakan janin menghilang.

3) Riwayat kesehatan

a) Riwayat penyakit sekarang

Yang perlu ditanyakan adalah apakah saat ini klien menderita suatu penyakit, kapan dan apakah sudah diperiksa oleh petugas, bila sudah kapan, sudah mendapat obat atau belum, apa obatnya dan bagaimana hasilnya.

b) Riwayat penyakit lalu

Ditanyakan apakah klien pernah menderita penyakit seperti kardiovaskuler/jantung, malaria, hepatitis, penyakit kelamin, HIV/AIDS, asma, TBC, Diabetes, hipertensi, apakah ada keturunan kembar atau tidak.

Terdiri dari menarche, siklus haid, berapa lama haid, berapa banyak, bagaimana warnanya, konsistensinya, baunya, apakah merasakan nyeri apa tidak saat haid, bila ya kapan/sebelum/sesudah haid, keputihan kalau tidak ya, kapan sebelum, selama sesudah haid atau diluar haid. Siklus haid yang normal adalah 28 ± 4 hari disebut eumenorhae dan lebih dari 32 hari disebut ligomenorrhoe. Lamanya haid berkisar antara 3-5 hari atau dengan variasi 1-2 hari disebut hipomenorhoe, 3-5 hari disebut eumenorhoe dan jika 7-8 hari disebut sebagai hipermonorhoe.

HPHT: merupakan data dasar untuk mengevaluasi ukuran kandungan apakah cukup bulan atau premature, kemungkinan

komplikasi untuk jumlah minggu kehamilan. Caranya jika hari pertama menstruasi terakhir diketahui, maka perhitungan TP dapat dilakukan dengan menggunakan aturan Neagle. Perkiraan usia gestasi 40 minggu (HPHT ditambah 1 tahun, dikurangi tiga bulan, dan ditambah 1 minggu).

c) Riwayat kehamilan, persalinan yang lalu

Apakah ada masalah selama kehamilan dan persalinan, berapa berat bayi paling besar yang pernah dilahirkan oleh ibu? Lama persalinan sebelumnya merupakan indikasi yang baik untuk memperkirakan lama persalinan kali ini, komplikasi kelahiran: untuk mengidentifikasi masalah pada kelahiran dan post partum, ukuran bayi terbesar, yang dilahirkan pervaginam memastikan keadekuatan panggul untuk kelahiran saat ini.

Tabel 2.1 Riwayat Kehamilan, persalinan yang lalu

No	Tgl/bln/thn Melahirkan	Jenis persalinan	UK	Penolong	Keadaan bayi LH/LM/M	JK	PB/BB	Ket

d) Riwayat kehamilan, persalinan sekarang

Masalah selama kehamilan, mulai kontrasepsi, gerakan janin, untuk mengkaji kesajaatran janin, ketuban utuh atau sudah pecah: merupakan tanda menjelang persalinan dan faktor predisposisi menyebabkan peningkatan resiko intrauterine, keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir.

e) Riwayat perkawinan

Ditanyakan kawin berapa kali, umur/lama, jarak perkawinan dan kehamilan, perkawinan diusia mudah, yaitu sekitar usia menarche usia resiko melahirkan BBLR sekitar 2 kali lipat setelah menarche disamping itu akan terjadi kompetisi makanan antara ibu dan janinnya sendiri yang masih dalam masa pertumbuhan dan adanya perubahan hormonal yang akan terjadi selama kehamilan.

f) Riwayat Psikososial

Pengkajian psikososial ini membantu untuk menentukan sikap ibu terhadap kehamilan, kebutuhan akan pendidikan, system pendukung yang memadai untuk ibu, keyakinan budaya dan agama, status ekonomi, dan keadaan tempat tinggal serta pekerjaan ibu setiap hari yang berat, pekerjaan yang baik untuk ibu selama hamil adalah pekerjaan yang membuat ibu capek.

g) Perilaku kesehatan

1. Perilaku merokok berhubungan dengan berkurangnya berat badan bayi yang dilahirkan dan dengan insiden persalinan preterm.
2. Konsumsi alcohol telah berhubungan dengan defisit neurologic pada bayi baru lahir dan dengan berat badan bayi rendah.

h) Pola nutrisi

Bagaimana pola asupan nutrisi dari pasien, berapa kali ia makan dan minum menunya apa saja selama hamil dan setelah melahirkan. Masalah yang dirasakan ada atau tidak.

Dalam proses ini ditentukan hasil interpretasi data subyektif dan obtektif yang menjadi dasar untuk melakukan perencanaan dan tindakan kebidanan

i) Pola eliminasi

Beberapa kali ibu BAK dan BAB, bagaimana warna dan konsistensinya selain hamil dan setelah melahirkan. Masalah yang dirasakan ada atau tidak.

j) Pola istirahat

Bagaimana pola istirahat ibu selama hamil dan setelah melahirkan. Masalah yang dirasakan ada atau tidak.

k) Pola aktifitas

Bagaimana kegiatan klien selama hamil dan setelah mmelahirkan. Masalah yang dirasakan ada atau tidak. Aktifitas yang bert dapat mempengaruhi kesehatan janin.

l) Pola Personal Hygine

Ibu mandi, gosok gigi dalam beberapa kali sehari, keramas berapa kali dalam seminggu, ganti baju dan celana beberapa kali dalam sehari selama hamil dan setelah melahirkan. Masalah yang dirasakan ada atau tidak.

b. Data obyektif

Untuk mengetahui data ini, bidan perlu mengamati keadaan pasien secara keseluruhan. Hasil pengamatan akan bidan laporkan dengan kriteria: lemah. Pasien dimasukkan dalam ktiteria ini jika ia kurang atau tidak

memberikan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, serta pasien sudah tidak mampu lagi untuk berjalan sendiri.

1. Tingkat kesadaran: untuk mengetahui tingkat kesadaran yaitu; Composmentis: Sadar sepenuhnya, baik terhadap dirinya maupun lingkungannya.

2. Tekanan darah: untuk mengetahui atau mengukur tekanan darah. Batas normal tekanan darah antara 90/60 mmHg sampai 130/90 mmHg

a) Suhu: untuk mengetahui suhu basal pada ibu, suhu badan yang normal 36°C sampai 37°C.

b) Nadi: untuk mengetahui denyut nadi pasien sehabis melahirkan biasanya denyut nadi akan lebih cepat 60-90x/menit.

3. Respirasi: untuk mengetahui frekuensi pernapasan yang dihitung dalam menit. Sedangkan respirasi pada ibu post operasi cenderung lebih cepat yaitu 16-26x/menit.

Pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan dan pemeriksaan tanda-tanda vital, meliputi:

4. Inspeksi

Kepala : normal atau tidak, ada luka atau benjolan, rambut keriting lurus atau bergelombang, kulit kepala bersih atau tidak ketombe ada atau tidak, rontok atau tidak

Wajah : pucat atau tidak oedema atau tidak

Mata : simetris atau tidak, konjungtiva merah muda Atau pucat, sclera pucat atau ikterik.

Hidung : ada polip atau tidak ada secret atau tidak.

Gigi dan Mulut : mukosa bibir lembab atau kering, ada caries atau tidak, ada stomatitis atau tidak, ada gigi palsu atau tidak.

Telinga : simetris atau tidak, bersih atau tidak, ada perdarahan atau tidak, ada serumen/tidak.

Leher : ada pembesaran kelenjar tiroid, pembesaran vena jugularis, pembesaran kelenjar linfe atau tidak.

Dada : payudara simetris atau tidak, bersih atau tidak, putting susus menonjol atau tidak, ada hiperpigmentasi aerola mammae atau tidak, ada luka atau tidak, colostrum atau tidak.

Abdomen : ada luka bekas operasi atau tidak, ada pembesaran abdomen atau tidak, ada linea nigra atau tidak, ada striae albae atau tidak.

Genitalia dan anus: warna vulva dan agina, ada luka atau tidak, ada varises dan oedema atau tidak, haemorrhoid ada atau tidak.

Ekstremitas atas : simetris atau tidak, ada gangguan pergerakan atau tidak.

Ekstremitas bawah : simetris atau tidak, ada varises, oedema atau tidak, ada gangguan pergerakan atau tidak.

5. Palpasi

Leher : ada pembesaran kelenjar tiroid, vena jugularis, pembesaran kelenjar limfe atau tidak.

Dada : simetris atau tidak

Mamae : simetris atau tidak, puting susu menonjol atau tidak, aerola hyperpigmentasi dan ada colostrums atau tidak.

Abdomen :

- a) Leopold I : untuk menentukan tinggi fundus uteri dan bagian apa yang terdapat dalam fundus.
- b) Leopold II : untuk menentukan dimana letaknya punggung anak dan dimana bagian-bagian kecil
- c) Leopold II : untuk menentukan bagian terendah janin
- d) Leopold IV : untuk menentukan berapa masuknya bagian bawah kedalam rongga panggul

Pemeriksaan perlimaan :

- a) Pemeriksaan 5/5 : kepala diatas PAP mudah digerakan, kepala dan janin masih teraba lima jari diatas simpisis.
- b) Pemeriksaan 4/5 : sulit digerakan, bagian terbesar kepala belum masuk panggul, kepala msih teraba 4 jari diatas simpisis Hodge I-II
- c) Pemeriksaan 3/5 : bagian terbesar kepala belum masuk panggul Hodge II-III
- d) Pemeriksaan 2/5 : bagian terbesar kepala sudah masuk panggul, Hodge III+
- e) Pemeriksaan 1/5 : kepala didasar panggul, Hodge III-IV
- f) Pemeriksaan 0/5 : kepala diperinium, Hodge IV.

MC Donald an TBBA: untuk menentukan tafsiran berat badan janin sesuai dengan tinggi fundus uteri dengan menggunakan rumus.

Jika kepala sudah masuk PAP (divergen) TFU-11x155, dan kepala belum masuk PAP (konvergen) TFU-12x155

Pemeriksaan dalam sebelum melakukan pemeriksaan dalam, cuci tangan dengan sabun dan air mengalir, kemudian keringkan dengan handuk kering dan bersih. Minta ibu untuk berkemih dan mencuci area genitalia, (jika ibu belum melakukannya) dengan sabun dan air. Jelaskan pada ibu setiap langkah yang akan dilakukan pada setiap pemeriksaan. Hal-hal yang perlu dinilai saat pemeriksaan dalam :

1. Vulva dan vagina : ibu ditempatkan pada posisi yang memudahkan untuk inspeksi dan pemeriksaan dalam. Setelah daerah vulva dan vagina dipersiapkan dengan baik dan pemeriksaan sudah memakai sarung tangan steril, ibu jari dan jari telunjuk memisahkan labia lebar-lebar untuk menyikap muara vagina untuk mencegah jari-jari pemeriksa berkontak dengan permukaan dalam vagina.
2. Konseistensi portio : portio menjadi tipis dan lunak bahkan tidak teraba saat pembukaan lengkap (10 cm).
3. Pembukaan serviks : dilatasi serviks ditentukan dengan memperkirakan diameter rata-rata bukaan serviks. Jari pemeriksa disatukan dari tepi satu serviks di satu sisi ke sisi yang berlawanan. Pembukaan (fase laten 0-3 cm, fase aktif 4-10 cm)
4. Air ketuban (utuh/pecah) : ibu hamil sebaliknya diintuksikan untuk mengenal cairan yang keluar dari vagina saat proses persalinan. Bila cairan ketuban pecahnya digunakan, masukan speculum dengan hati-hati, dan cairan di vornik posterior. Cairan diperiksa untuk mengetahui adanya warna atau mekonium.

5. Presentasi dan posisi janin
6. Penurunan bagian terbawah janin : menentukan bagian terbawah janin dengan metode “zero station”.
7. Ketinggian bagian terbawah janin di jalan lahir digambarkan dalam hubungan dengan spina isciadika yang terletak antara pintu atas dan pintu bawah panggul. Jika bagian terbawah janin setinggi spina isciadika keadaan ini disebut station nol.
8. Penyusupan kepala janin atau molase.

Anus : hemoroid dapat menyebabkan perdarahan.

a. Auskultasi

DJJ tidak terdengar.

b. Perkusi

Reflex patella : +/-/-

1. Pemeriksaan penunjang

Laboratorium :

HB : berapa kadar Hb (gr%)

Albumin : terdapat albuin atau tidak dalam urine

Reduksi : terdapat glukosa atau tidak dalam urine

2. Interpretasi data dasar

Pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap diagnose atau masalh berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar tersebut kemudian diinterpretasikan sehingga dapat dirumuskan diagnose dan masalah yang spesifik. Bila rumusan masalah maupun

diagnose keduanya harus ditangani. Meskipun masalah tidak dapat diartikan sebagai diagnose, tetapi tetap membutuhkan penanganan.

Diagnose kebidanan untuk persalinan normal adalah:

Ibu G1P0A0AUK 38 minggu, janin tunggal/gemeli, mati, intrauterine/ekstrauterine, presentasi kepala bokong/bahu, keadaan ibu dan janin baik/tidak, inpartu kala I dengan IUFD

3. Identifikasi masalah potensial

Pada langkah ketiga kita mengidentifikasi masalah potensial atau diagnose atau masalah yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi bila memungkinkan dilakukan pencegahan. Bidan diharapkan dapat waspada dan bersiap-siap mencegah diagnose atau masalah potensial.

4. Tindakan segera

Mengidentifikasi perlunya bidan atau dokter melakukan konsultasi atau penanganan segera anggota tim kesehatan lain sesuai dengan kondisi klien. Dalam kondisi tertentu, seorang bidan perlu melakukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter atau tim kesehatan lain seperti pekerja sosial, ahli gizi, atau seorang ahli klinis bayi baru lahir. Setelah bidan merumuskan hal-hal yang perlu dilakukan untuk menantisipasi diagnose atau masalah potensial atau darurat yang harus dilakukan untuk menyelamatkan ibu dan bayi.

5. Rencana asuhan menyeluruh

Menurut Saifuddin (2006), penanganan yang dilakukan pada kematian janin dalam rahim adalah sebagai berikut:

- a. Periksa tanda vital
- b. Ambil darah untuk pemeriksaan darah perifer, fungsi pembekuan, golongan darah ABO dan rhesus.
- c. Jelaskan seluruh prosedur pemeriksaan dan hasilnya serta rencana tindakan yang akan dilakukan kepada pasien dan keluarganya. Bila belum ada kepastian sebab kematian, hindari memberikan informasi yang tidak tepat.
- d. Dukungan mental emosional perlu diberikan kepada pasien. Sebaliknya pasien selalu didampingi oleh orang terdekatnya. Yakinkan bahwa besar kemungkinan dapat lahir pervaginam.
- e. Rencana persalinan pervaginam dengan cara induksi maupun ekspektatif perlu dibicarakan dengan pasien dan keluarganya, sebelum diambil keputusan.
- f. Bila pilihan adalah pada ekspektatif: tunggu persalinan spontan hingga 2 minggu, yakinkan bahwa 90% persalinan spontan akan terjadi tanpa komplikasi.
- g. Bila pilihan adalah manajemen oksitosin atau misoprostal. Seksio sesarea merupakan pilihan misalnya pada letak lintang.
- h. Berikan kesempatan pada ibu dan keluarganya untuk melihat dan melakukan berbagai kegiatan ritual bagi janin yang meninggal tersebut.

- i. Pemeriksaan patologi plasenta akan mengungkapkan adanya patologi plasenta dan infeksi.
- j. Pada kematian janin 24-28 minggu dapat digunakan, misoprostal secara vaginal (50-100 mikrogram tiap 4-6 jam) dan induksi oksitosin. Pada kehamilan diatas 28 minggu dosis misoprostal 25 mikrogram pervaginam/6 jam (Saifuddin, 1998).

6. Pelaksanaan

Pada langkah keenam ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah kelima dilaksanakan secara efisien, efektif dan aman. Pelaksanaannya dapat dilakukan seluruhnya bidan atau bersama-sama dengan klien, atau anggota tim kesehatan lainnya. Apabila ada tindakan yang tidak dilakukan bidan tetapi dilakukan oleh dokter atau tim kesehatan lain. Bidan tetap memegang tanggung jawab untuk menerapkan kesinambungan asuhan berikutnya (misalnya memastikan langkah-langkah tersebut benar-benar terlaksana dan sesuai dengan kebutuhan klien).

7. Evaluasi

Pada langkah terakhir ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi di dalam diagnose dan masalah. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar efektif dalam

pelaksanaanya. Proses evaluasi ini dilaksanakan untuk menilai proses penatalaksanaan efektif atau tidak efektif serta melakukan penyesuain pada rencana asuhan tersebut. Evaluasi meliputi evaluasi hasil dan evaluasi proses asuhan kebidanan.

3.1 Desain Penelitian dan Rancangan Penelitian**3.1.1 Desain Penelitian**

Deseain penelitian adalah rancangan bagaimana penelitian tersebut dilaksanakan. Jenis penelitian yang digunakan adalah metode penelitian kualitatif dengan menggunakan pendekatan studi kasus. Penelitian kualitatif merupakan penelitian yang menghasilkan data deskriptif berupa kata-kata tertulis atau lisan dari orang-orang dan perilaku yang dapat diamati (Sudirman, 2003).

Pada penelitian ini peneliti ingin mengetahui gambaran asuhan ibu bersalin normal dengan intra uterine death (IUFD) di ruangan bersalin RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.

3.1.2 Rancangan Penelitian

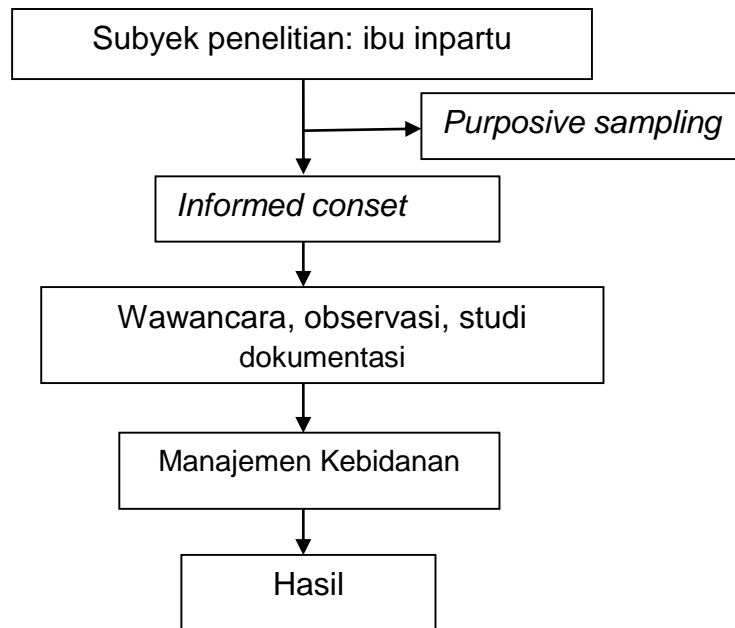
Rancangan penelitian yang digunakan pada penelitian kualitatif adalah kutipan pengalaman, pendapat individu, atau wawancara dengan seseorang (komunikasi personal) dapat dituliskan untuk menyampaikan masalah penelitian yang diteliti sebagai data yang memperkuat peneliti menyampaikan gagasan penelitiannya. Pendekatan yang digunakan adalah bentuk tunggal (Afiyanti, 2014).

Dalam studi kasus ini peneliti ingin mengetahui bagaimana bentuk asuhan persalinan normal dengan Intra Uterine Fetal Death (IUFD) di Ruang Bersalin RSUD Prof. W.Z. Johhanes Kupang. Subyek penelitian ini bentuk tunggal yaitu ibu inpartu kala I.

3.2 Kerangka Kerja (Frame Work)

Kerangka kerja merupakan langkah-langkah yang akan dilakukan dalam penelitian yang berbentuk kerangka atau alur peneliti, mulai dari desain hingga analisa datanya (Hidayat, 2010)

Kerangka kerja dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:



Gambar 3.1. Kerangka Kerja Penelitian kasus pada ibu inpartu kala I di RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang

3.3 Subyek Penelitian

3.3.1 Sample

Pada penelitian kualitatif, pengambilan sample memiliki prinsip dasar ditujukan untuk memperoleh atau menentukan sample kasus atau individu yang memiliki banyak informasi dan mendalam tentang informasi yang diteliti. Sample pada penelitian kualitatif adalah unit sample yang dapat berupa orang, suatu konsep atau program, atau suatu perilaku atau budaya, atau suatu kasus yang

di batasi waktu atau system (Afiyanti, 2014). Sample pada penelitian ini adalah ibu inpartu kala I.

3.3.2 Sampling

Teknik sampling merupakan suatu proses seleksi sample yang digunakan dalam penelitian dari populasi yang ada (Hidayat, 2010).

Teknik sampling yang di gunakan adalah *nonprobability* sampling dengan pendekatan *purposive* sampling yaitu dengan cara peneliti memilih responden berdasarkan pada pertimbangan subyektif dan praktis, bahwa responden tersebut dapat memberikan informasi yang memadai untuk menjawab pertanyaan penelitian (Sastroasmoro, 2011). Individu diseleksi atau dipilih secara sengaja karena memiliki pengalaman yang sesuai dengan fenomena yang diteliti. Menetapkan terlebih dahulu kriteria-kriteria inklusi yang telah ditetapkan sebelumnya. Individu yang dipilih untuk berpartisipasi dalam riset adalah mereka yang memiliki berbagai pengalaman yang telah dipersyaratkan oleh riset yang sedang dilakukan. Kriteria pada penelitian ini adalah ibu inpartu yang bersedia dijadikan obyek penelitian.

3.4 Pengumpulan Data dan Analisa Masalah

3.4.2 Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada suatu subyek dan proses pengumpulan karakteristik subjek yang diperlukan dalam suatu penelitian (Nursalam, 2013).

1. Wawancara adalah suatu metode yang digunakan untuk mengumpulkan data, dimana peneliti mendapatkan keterangan atau pendirian secara lisan dari seseorang sasaran penelitian (Responden), atau bercakap-cakap berhadapan muka dengan orang tersebut (face to face) (Notoatmodjo. 2010),

pedoman wawancara adalah format pengkajian yang di keluarkan oleh STIKES CHMK.

2. Observasi

Observasi adalah suatu metode untuk memperhatikan dengan saksama, termasuk mendengarkan, mencatat dan mempertimbangkan hubungan antara aspek dan fenomena yang sedang diamati (Afiyanti, 2014).

3. Pengumpulan data dengan metode studi dokumen

Pengumpulan data dengan metode studi dokumen dapat member informasi tentang situasi yang tidak dapat diperoleh langsung melalui observasi langsung atau wawancara seperti hasil laboratorium dan rekam medik (Afiyanti, 2014).

3.4.1.1 Proses Pengumpulan Data

Setelah mendapat izin dari Ketua Stikes Citra Husada Mandiri Kupang dan prodi Kebidanan untuk studi kasus dilahan ditujukan kepada kepala ruangan bersalin RSUD Prof. W.Z. Johhanes Kupang. Peneliti mengadakan pendekatan dengan calon responden dengan memberikan inform consent. Setelah mendapat persetujuan dari responden, peneliti melakukan pengumpulan data dengan melakukan wawancara dengan pasien dan observasi secara langsung, melihat register pasien. Setelah melakukan pengumpulan data melalui wawancara observasi dan studi dokumen data telah didapat tersebut diolah dan dianalisa.

3.4.1.2 Instrumen Pengumpulan Data

Jenis-jenis istrumen yang digunakan dalam pengumpulan data yaitu:

1. vital set
2. Doppler
3. Infuse set
4. Obat-obatan
5. Aquadest

3.4.1.3 Tempat dan Waktu Pelaksanaan Penelitian

Lokasi penelitian dilaksanakan di RSUD Prof W.Z. Johhanes
Kupang waktu penelitian pada tanggal 8 Mei- 27 Juli 2017

3.4.2 Analisa Data

1. Pengkajian

Pada langkah ini dikumpulkan semua informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. Untuk memperoleh data subyektif dilakukan dengan anamnesa, kemudian dilakukan pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan dan pemeriksaan tanda-tanda vital, pemeriksaan khusus dan pemeriksaan penunjang.

2. Analisa Data Dasar

Data dasar yang telah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga dapat merumuskan diagnose dan masalah yang spesifik. Rumusan masalah dan diagnose keduanya digunakan karena masalah tidak dapat diidentifikasi seperti diagnose tetapi tetap membutuhkan penanganan. Masalah sering berkaitan dengan hal-hal yang sedang diidentifikasi oleh bidan sesuai hasil pengkajian. Oleh karena itu, diagnosa kebidanan pada ibu bersalin adalah:
Ibu G1P0A0AH0UK 38 minggu, janin tunggal/gamely, mati, intrauterine/ekstrauterin, persentasi kepala/bokong/bahu, keadaan ibu dan janin baik/tidak inpartu kala I dengan IUFD

3. Mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial dan mengantisipasi penanganannya

Pada langkah ini bidan mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosa potensial berdasarkan diagnosa atau masalah yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi bila memungkinkan dilakukan pencegahan. Bidan dapat diharapkan waspada dan siap-siap mencegah diagnosa atau masalah potensial ini menjadi benar-benar terjadi. Langkah ini penting sekali dalam melakukan asuhan yang aman.

4. Menetapkan kebutuhan terhadap tindakan segera untuk melakukan konsultasi, kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain berdasarkan kondisi klien

5. Menyusun Asuhan Secara Menyeluruh

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan dari manajemen atau diagnosa yang telah diidentifikasi atau diantisipasi. Penyusunan rencana dilakukan berdasarkan teori yaitu manajemen pada ibu bersalin adalah:

Ibu G1P0A0 UK 38 minggu, janin tunggal/gemeli, mati, intrauterine/ekstrauterine, presentasi kepala/bokong/bahu, keadaan ibu dan janin baik/tidak inpartu kala I dengan IUFD

6. Penatalaksanaan langsung asuhan dengan efisien dan aman

Penatalaksanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagainya oleh klien atau oleh anggota tim kesehatan yang lainnya. Walaupun bidan tidak melakukannya sendiri, ia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya misalnya, memastikan langkah-langkah

tersebut terlaksana. Pada kasus, telah diberikan tindakan asuhan berdasarkan rencana asuhan yang telah ditetapkan.

7. Evaluasi

Pada langkah ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan kebidanan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan. Penulisan telah mengevaluasi masalah yang ada, sehingga dapat dinilai bagaimana pada ibu bersalin.

8. Etika Penelitian

Masalah penelitian kebidanan merupakan masalah sangat penting dalam penelitian, mengingat penelitian kebidanan berhubungan langsung dengan manusia, maka segi etika penelitian harus diperhatikan.

Masalah etika yang diperhatikan antara lain:

1. Persetujuan(*Informend consent*)

Informend consent adalah bentuk persetujuan antara peneliti dengan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. *Informend consent* tersebut diberikan sebelum penelitian dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden. Tujuan *onformend consent* adalah agar subyek mengerti maksud dan tujuan penelitian, mengetahui dampaknya. Jika subyek bersedia, maka mereka harus menandatangani lembar persetujuan. Jika responden tidak bersedia, maka peneliti harus menghormati hak pasien. Beberapa informasi yang harus ada dalam *informend consent* tersebut antara lain partisipasi pasien, tujuan dilakukannya tindakan, jenis data yang dibutuhkan, komitmen, prosedur pelaksanaan, potensial masalah yang akan terjadi, manfaat, kerahasiaan, informasi yang mudah dihubungi dan lain-lain (hidayat, 2010).

2. Tanpa Nama(*nonymity*)

Masalah etika kebidanan merupakan masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan subyek penelitian dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan disajikan (Hidayat, 2010).

3. Kerahasiaan (*confidentiality*)

Masalah ini merupakan masalah etika dengan memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaan oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil riset (Hidayat, 2010).

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Penelitian

4.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian studi kasus dilakukan diruangan bersalin II RSUD Prof Dr. W. Z. Johannes Kupang, dibimbing oleh kepala ruangan bersalin, dari tanggal 8 Mei s/d 26 Mei 2017. Diruangan Bersalin terdapat 4 ruangan perawatan yang di dalamnya terdapat 13 tempat tidur dan juga ada 40 tenaga kesehatan yang terdiri dari 35 bidan, 5 dokter jaga spesialis kandungan dan dokter muda. Diruang bersalin terdapat banyak kasus patologi yang bervariasi pada ibu. Fasilitas yang terdapat di ruang bersalin cukup memadai dengan tenaga kesehatan yang kompeten dan siap menangani kasus kegawat daruratan pada ibu. Kasus yang peneliti temukan adalah kasus ibu dengan IUFD.

4.1.1 Hasil Penelitian

Untuk memperoleh gambaran nyata mengenai asuhan kebidanan pada ibu dengan Intra Uterine Fetal Death maka penulis mengambil satu kasus di ruang Bersalin RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang. Dalam melakukan asuhan kebidanan pada kasus IUFD, data yang diperoleh melalui pengamatan, wawancara, pemeriksaan fisik, perawatan dan studi kasus di mulai tanggal 8 Mei s/d 26 Mei 2017.

I. Pengkajian Data Dasar

Pengkajian dilakukan pada tanggal 20-05-2017 diruangan Bersalin RSUD Prof. Dr. W. Z Johannes Kupang, Ny. A.A umur 25 tahun dan Tn Y.M umur 26 tahun, agama Kristen, suku timor/Indonesia, pendidikan SMA, pekerjaan mahasiswa. Alamat rumah Bakunase. Ny. A. A rujukan dari Puskesmas Bakunase dengan diagnosa gawat janin dan ibu mengatakan tidak lagi merasakan gerakan janin tanggal 16 Mei 2017 pukul 21.18 wita.

Pada kehamilan ini ibu tidak mengalami keluhan dan ibu merasakan pergerakan janin pada usia 4 bulan Ny. A.A menarche umur 14 tahun, siklus 28 hari, lamanya 5 hari, sifat darah encer, tidak ada nyeri haid, HPHT : 15-08-2016. Selama hamil ibu periksa di puskesmas Bakunase sebanyak 4 kali. serta mendapat obat-obatan seperti sf, kalak, vitamin c, dan ini merupakan kehamilan ibu yang pertama.

Ny A. A tidak pernah menggunakan alat kontrasepsi, ibu juga tidak pernah menderita penyakit jantung, hipertensi, malaria, TBC, campak, varicela, jiwa dan keluarga juga tidak pernah menderita penyakit yang sama seperti ibu. ibu dan keluarga sangat senang dengan kehamilan ibu, dan dukungan dari keluarga selalu menemani ibu saat melakukan pemeriksaan kehamilan. beban kerja ibu sehari-hari memasak menyapu mencuci. Pengambilan keputusan dalam keluarga adalah suami. Perilaku kesehatan ibu tidak merokok tidak konsumsi obat terlarang dan tidak minum kopi.

Ini merupakan kehamilan pertama bagi ibu sehingga ibu belum pernah ditolong oleh siapapun. tidak ada pantangan makanan. Pengkajian riwayat diet atau makanan, jenis makanan pokok nasi, porsi 1 porsi, lauk pauk seperti sayur, ikan, tempe, tahu. Minum air putih 6-8 gelas/hari dan tidak

ada keluhan. Riwayat pola eliminasi buang air kecil 3-4 kali/hari, warna kuning jernih, bau pesing dan tidak ada keluhan. Sedangkan pola buang air besar dengan frekuensi 1 kali sehari, warna kuning, bau khas feces dan tidak ada keluhan. Riwayat pola istirahat, tidur siang 1-2 jam/hari, tidur malam 7-8 jam/hari dan tidak ada keluhan. Riwayat kebersihan diri, mandi 2 kali sehari, keramas rambut 2 kali seminggu dan melakukan perawatan payudara setiap kali habis mandi.

Dari pengkajian data objektif pemeriksaan umum Ny A. A keadaan umum baik kesadaran composmentis bentuk tubuh lordosis ekspresi wajah meringis kesakitan. Tanda-tanda vital TD: 120/90 mmHg, N: 89x/menit, S: 36⁰c, RR: 19x/menit, TB: 148 cm, BB: 54 kg, Lila 27,3 cm. pemeriksaan fisik inspeksi dan palpasi kepala dan rambut bersih tidak ada benjolan, wajah bentuk oval, pucat, tidak ada cloasma gravidarum dan oedema tidak ada. Pada mata conjungtiva merah muda, sclera putih, dan tidak ada oedema,. Pada mulut mukosa bibir lembab, warna kulit merah muda dan tidak ada sariawan. Pada gigi kelengkapan ya, dan tidak ada caries gigi. Tenggorokan warna merah muda, tonsil tidak oedema. Pada leher tidak ada pembesaran kelenjar limfe, tidak ada pembendungan vena jugularis dan tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, dada simetris, mammae bentuk simetris, areola hiperpigmentasi ka+/ki+ dan puting susu menonjol.

Pada perut bentuknya membesar sesuai usia kehamilan, tidak ada bekas operasi. Pada pemeriksaan abdomen Leopold I: tinggi fundus uteri 3 jari di bawah px, pada fundus teraba lunak, kurang bulat dan tidak melenting (bokong). Leopold II: pada perut ibu bagian kanan teraba keras dan memanjang seperti papan (punggung) dan pada perut ibu bagian kanan

teraba bagian-bagian kecil janin (ekstermitas). Leopold III: pada perut ibu bagian bawah teraba keras, bulat dan melenting (kepala) dan sulit di goyangkan (sudah masuk PAP). Leopold IV: Divergen, TBBA: 2325 gram.

Pada ekstremitas atas bentuk simetris, varices tidak ada, oedema tidak ada, pada ekstremitas bawah bentuk normal, tidak ada oedema dan tidak ada varices. Pada vulva tidak ada oedema dan varices. Keluar cairan pada vagina sedikit, pada anus bentuknya normal dan tidak ada haemoroid. Pemeriksaan auskultasi DJJ tidak terdengar menggunakan dopler. Pemeriksaan perkusi reflex patella ka +/- ki +.

Pengkajian pada pemeriksaan dalam tanggal 20-06-2017, pukul 13.45 wita, oleh bidan petugas jaga pagi melakukan pemeriksaan dalam. Tujuan untuk mengetahui pembukaan serviks. Vulva tidak ada oedema dan tidak ada varices, vagina tidak ada kelainan, porsio tebal lunak, belum ada pembukaan. Kantong ketuban utuh, kepala turun hodge I. pemeriksaan laboratorium di lakukan.

II. Analisa Masalah dan Diagnosa

Pada tanggal 20 Mei 2017 pukul 13.30 wita, ibu G1P0A0UK 39-40 minggu, janin tunggal, mati, intrauterine, presentasi kepala,, keadaan ibu baik, inpartu kala I fase laten dengan Intra Uterine Fetal Death mengatakan hamil anak pertama dan tidak pernah keguguran ibu sudah tidak lagi merasakan gerakan janin sejak pukul 21.18 wita pada tanggal 16-05-2017.

Pada data yang didapat HPHT 15-08-2018, TP : 22-05-2017, , KU : baik, kesadaran : composmentis, TD : 110/80 mmHg, N : 84, S: 36,8°C, RR:18x/menit. Inspeksi pada dada tampak hyperpigmentasi pada oerola

mamae, kedua puting menonjol, pada abdomen perut membesar sesuai masa kehamilan, tidak ada bekas operasi, tidak ada linea alba dan nigra.

Pemeriksaan palpasi pada leher tidak ada pembesaran kelenjar linfe, tidak ada pembendungan vena jugularis, tidak ada pembesaran kelenjar tyroid. Pada payudara tidak merasakan sakit pada saat ditekan di sekeliling payudara, tidak teraba benjolan pada payudara serta colostrum sudah keluar dan pada abdomen dilakukan pemeriksaan leopold I: TFU 3 jari dibawah px, bagian fundus teraba lunak, dan tidak melenting (bokong), leopold II : bagian kanan perut ibu teraba keras, datar dan memanjang (puka) dan pada bagian kiri perut ibu teraba bagian terkecil janin (ekstermitas), leopold III: bagian terendah janin teraba bulat, keras dan melenting (kepala), leopold IV: bagian terendah janin sudah masuk PAP.

Pada pemeriksaan auskultasi DJJ tidak terdengar. Pada vulva dan vagina tidak terdapat kelainan, terdapat sisa air ketuban di bagian vagina serta tidak ada haemoroid. Ekstermitas atas dan bawah tidak terdapat oedema dan varices. Pemeriksaan perkusi : refleksi patella kanan dan kiri positif, tidak ada kelainan. Pemeriksaan dalam dilakukan pada tanggal 20 mei 2107, pukul 13.45 wita vulva/vagina tidak ada kelainan, portio tebal lunak, belum ada pembukaan, kantong ketuban utuh, posisi UUK depan kiri, molase tidak ada serta kepala turun hodge I. Dilakukan pemeriksaan laboratorium hemogloblin 10,6, golongan darah A.

III. Antisipasi Masalah Potensial

Antisipasi masalah potensial pada kasus inpartu dengan Intra Uterine Fetal Death adalah infeksi dan perdarahan

IV. Tindakan Segera

Tindakan segera yang dilaksanakan pada kasus inpartu kala I fase laten pada Ny.A.A dengan IUFD adalah observasi tanda – tanda vital, observasi pengeluaran pervaginam, pemasangan cairan infus RL lanjutan serta kolaborasi dengan dokter untuk pemberian antibiotik.

V. Perencanaan

Pada kasus Ny A. A dengan Intra Uterine Fetal Death adalah Informasikan hasil pemeriksaan pada suami dan keluarga tentang tindakan yang akan dilakukan rasionalnya informasi tentang kondisi ibu penting untuk diketahui oleh suami dan keluarga. Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan rasionalnya untuk mencegah terjadinya infeksi. Berikan dukungan mental emosional kepada ibu, anjurkan keluarga pasien suami untuk selalu mendampingi ibu selama proses persalinan rasionalnya dukungan mental emosional dan petugas kesehatan maupun orang-orang terdekat pada ibu dapat mengurangi dan mengantisipasi kecemasan dan rasa bersalah ibu terhadap keadaan janinnya serta membantu dalam proses persalinan. Ciptakan lingkungan yang aman dan sopan lingkungan yang aman dan sopan menjaga privasi ibu, termasuk asuhan kasih sayang ibu. Anjurkan ibu untuk berkemih jika ingin berkemih rasionalnya kandung kemih yang penuh berpotensi untuk menghambat turunya kepala janin. Kolaborasi dengan dokter rasionalnya agar ibu dan bayi mendapat perawatan yang intensif.Observasi his dan nadi ibu setiap 1 jam pada fase laten dan 30 menit pada fase aktif, penurunan kepala, pembukaan dan tekanan darah ibu setiap 4 jam atau bila ada indikasi rasionalnya observasi merupakan cara untuk mengetahui kemajuan persalinan dan mengidentifikasi keadaan patologi yang

terjadi. Persipan persalinan rasionalnya untuk mempermudah dan memperlancar proses persalinan. Lakukan dokumentasian rasionalnya dokumentasi merupakan tanggung jawab atau tanggung gugat dalam melakukan suatu tindakan.

VI. Pelaksanaan

Pelaksanaan asuhan yang diberikan pada Ny. A. A inpartu kala I fase laten dengan IUFD adalah menginformasikan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga yaitu, keadaan umum ibu dan janin baik, ibu dan keluarga mengerti dengan penjelasan yang diberikan. Memberikan dukungan moril kepada ibu agar ibu tidak cemas, karena persalinan normal masih sangat mungkin terjadi : Ibu merasa lebih tenang dengan dukungan moril yang diberikan. Melakukan kolaborasi dengan dokter, Sudah dilakukan kolaborasi dengan pengambilan darah dan urine untuk pemeriksaan LAB : untuk mendeteksi tingkat infeksi dan keadaan ibu. Memasang cairan infus RL : Infus terpasang baik dengan kecepatan 20 tetes/menit. Melayani misoprostal 50µg4 sampai 6 jam Melayani skin test cefotaxim 1 gram : untuk mengetahui tingkat alergi obat cefotaxim pada ibu. Melayani injeksi cefotaxim 1 gram/iv : untuk mencegah infeksi yang terjadi pada ibu.

Berdasarkan asuhan kebidanan, tindakan yang akan dilakukan oleh bidan adalah observasi kontraksi uterus, nadi, dan observasi suhu tiap 2 jam serta tekanan darah setiap 4 jam, pembukaan serviks tidak dilakukan untuk mencegah infeksi. Pada pukul 01.00 wita dilakukan pemeriksaan dalam dengan hasil vulva dan vagina tidak ada kelainan, portio tebal lunak, pembukaan 4 cm, kantong ketuban utuh, letak kepala, molase tidak ada dan turun hodge II, TD 110/80x/menit, S: 36⁰c, N: 88x/menit, RR: 19x/menit his

1-2 kali dalam 10 menit dan lamanya 15-20 detik, pukul 01.30 his 1-2 kali dalam 10 menit lamanya 1-20 detik, pukul 02.00 melayani misoprostal his 1-2 kali dalam 10 menit dan lamanya 15-20 detik, pukul 02.30 his 3 kali dalam 10 menit lamanya 20 detik, pukul 03.00 his 2-3 kali dalam 10 menit dan lamanya 25-30 detik. Pada pukul 03.15 his sudah 3 kali dalam 10 menit dan lamanya 30 detik, adanya pengeluaran lendir bercampur darah serta nyeri perut menjalar ke pinggang pukul 03.25 his 4 kali dalam 10 menit lamanya 0-35 kali, pukul 03.44 his 4 kali dalam 10 menit lamanya 3 detik. Pada pukul 04.00 his sudah 4 kali dalam 10 menit dan lamanya 30 detik, dan ibu merasa ada dorongan untuk buang air besar. Setelah melakukan VT pada ibu dan hasilnya vulva dan vagina tidak ada kelainan, portio tidak teraba lagi, pembukaan 10 cm, kantong ketuban pecah secara spontan, tidak ada molase dan turun hodge IV.

Menyiapkan alat atau bahan yang akan digunakan selama proses persalinan sesuai saff. Saff I : partus terdiri dari : handscone 2 pasang, klem steril 2 buah, gunting tali pusat 1 buah, gunting episiotomi 1 buah, penjepit tali pusat 1 buah, $\frac{1}{2}$ kohert 1 buah, kassa secukupnya, kom berisi kapas sublimat dan air DTT, betadine, handsanitizer, korentang dalam tempatnya, tempat obat – obat berisi, oksitosin 1 ampul, lidocain 2%, aguadaes, vit k/neo k 1 ampul, salep mata oxytetrasiklin, spuit 3 cc, dan 5 cc, pita ukur, Doppler, air dekontaminasi,. Saff II : Heacting set terdiri dari heanscone steril 1 pasang, naldfoeder 1 buah, jarum otot dan kulit, benang (catgut chromic), gunting benang 1 buah, pinset 2 buah (anatomis dan sirugis), kasaa secukupnya, tempat plasenta, spignomanometer, air clorin 0,5% untuk sarung tangan, pengisap lendir, thermometer. Saff III : cairan infus, infus set,

abocath, pakaian ibu dan bayi, celemek, masker dan kaca mata. Menyiapkan persalinan Memastikan tanda dan gejala kala II Menyiapkan alat (patah oxytocin 10 iu/1 ampul, spuit sudah di dalam baki) Memakai APD- melepaskan semua perhiasan yang ada di tangan Mencuci tangan dibawah air mengalir dengan menggunakan sabun, keringkan dengan tissue atau handuk kering bersih Memakai sarung tangan kanan dan isap oxytocin 10 iu/1 ampul dengan menggunakan spuit 3 cc dengan teknik 1 tangan, kemudian masukan disposable yang berisi oxytocin kedalam naki instrumen Mendekatkan alat, pakai sarung tangan kiri. Melakukan vulva hygiene Melakukan pemeriksaan dalam dan pastikan pembukaan lengkap.

VT : v/v tidak ada kelainan, portio tidak teraba, pembukaan lengkap, ketuban negatif, letak kepala, ubun-ubun kecil depan, turun hodge iv. Mencilupkan tangan kedalam larutan klorin 0,5%, melepaskan sarung tangan secara terbalik Mencuci tangan alternatif Menyiapkan ibu, (tanyakan siapa yang mendampingi, mengambil posisi yang nyaman dan ajarkan cara meneran yang baik) Menyiapkan keluarga untuk mendampingi ibu, memberi motivasi pada ibu dan memberi makan/minum disela his. Memimpin persalinan pada saat his, memberi semangat dan puji ibu, menganjurkan ibu istirahat, makan dan minum disaat tidak ada his. Menganjurkan ibu melakukan posisi yang nyaman jongkok, miring kiri, bila ibu belum merasa ada dorongan meneran. Meletakkan handuk diatas perut ibu (untuk mengeringkan bayi), saat kepala janin membuka vulva dengan diameter 5-6 cm. Meletakkan kain 1/3 dibawah bokong ibu untuk sokong perinium. Membuka baki partus untuk memastikan kelengkapan alat dan bahan. Memakai sarung tangan steril pada kedua tangan Melindungi kepala bayi

dengan tangan kiri, agar tidak terjadi defleksi terlalu cepat saat kepala muncul, saat subocciput tampak dibawah symphysis, tangan kanan melindungi perineum dengan dialasi kain dibawah bokong Mengecek lilitan tali pusat pada leher janin, ternyata tidak ada lilitan tali pusat Menunggu sampai bayi melakukan putar paksi luar secara spontan Memegang kepala secara biparetal pada kepala janin, tarik secara hati-hati kearah bawah sampai bahu depan/ anterior lahir, kemudian tarik ke atas untuk melahirkan bahu belakang/posterior Melakukan sangga pada kepala bayi, lengan dan siku sebelah atas Melakukan penelusuran, tangan berlanjut kepongung, bokong dan tungkai, pegang kedua mata kaki (masukan jari telunjuk diantara mata kaki dan pegang masing- masing kaki dengan jari ibu jari dan jari jari lainnya. ganti handuk basah dengan kain bersih dan kering Mengecek fundus untuk memastikan tidak ada bayi kedua dalam uterus. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan, memberitahu ibu akan disuntikan oxytocin agar uterus berkontraksi Menyuntik oxytocin 10 iu/1 ampul di 1/3 bagian atas/ bagian distal lateral secara IM. Pada tanggal 22 Mei 2017 pukul 04.15 wita partus spontan, letak kepala, bayi lahir mati, laki-laki, kulit kebiruan. Manajemen aktif kala III, Melakukan peregangan tali pusat dan dengan dorsocranial hingga placenta lahir, minta ibu meneran sedikit sambil penolong meregangkan tali pusat kearah bawah sejajar dan kemudian ke arah atas. Menarik tali pusat kearah bawah sejajar lantai dan kemudian keatas. Memutar placenta secara berpilin hingga placenta lahir menarik tali pusat saat placenta muncul di introitu vagina, lahirkan placenta dengan kedua tangan, pegang placenta. Melakukan masase pada fundus uteri dengan telapak tangan dengan

menggunakan gerakan melingkar searah jarum jam, segera setelah placenta lahir.

Tanggal 22 Mei 2017 jam 04.25 wita. Placenta lahir lengkap, panjang tali pusat \pm 45 cm, tali pusat insersi lateralis. Kontraksi uterus baik, tidak ada ruptur, perdarahan 10 cc. nilai plasenta dan robekan. Ajarkan ibu dan keluarga untuk masase. Cek tekanan darah ibu TD: 110/80x/menit, N: 78x/menit, S: 36⁰c, RR: 18x/menit. Rendam alat dalam larutan klorin 0,5% Buang bahan habis pakai Bersihkan ibu Berikan kenyamanan pada ibu Celup sarung tangan dalam klorin 0,5% Cuci tangan. Keadaan umum ibu baik, kesadaran : composmentis, kontraksi uterus baik, tinggi fundus uteri 2 jari di bawah pusat. Perdarahan \pm 5 cc Kebersihan dan kenyamanan. Merendam alat dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit), cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi. Membuang bahan habis pakai yang terkontaminasi. Membersihkan ibu dengan menggunakan air DTT dari sisa cairan dan darah, kemudian didekontaminasi tempat tidur persalinan dengan larutan klorin 0,5%. Memberikan rasa nyaman bagi ibu yakni membantu ibu memakai softex, CD, baju dan kain kering. Mencelupkan tangan dalam larutan klorin 0,5 % dan melepaskan secara terbalik kedalam larutan klorin 0,5%. Mencuci sarung tangan dengan sabun dibawah air mengalir kemudian keringkan. Melengkapi partograf dari halaman depan sampai belakang dan periksa tanda – tanda vital.

Tanggal 23 Mei 2017, Ny. A.A P1A0AH0 post partum hari ke-1 dengan IUFD. Hasil pemeriksaan KU ibu baik, kesadaran composmentis, TTV 120/70 mmHg, S: 36⁰C, N: 88x/menit, RR: 19x/menit. TFU 2 jari bawah pusat, kontraksi uterus baik, lochea rubra warna merah. Anjurkan ibu makan

dan minum teratur serta istirahat yang cukup. Ajarkan ibu untuk melakukan personal hygiene khususnya daerah genitalia dengan cara ganti pembalut setiap kali BAB atau BAK. Anjurkan ibu dan keluarga tetap memperhatikan tanda-tanda bahaya yang mungkin terjadi dan melapor ke petugas kesehatan apabila menemukan salah satu dari tanda bahaya.

Tanggal 24 Mei 2017 Ny A.A P1A0H0 post partum hari ke-2 observasi KU, TTV, TFU dan lochea hasilnya TTV: 128/80 mmHg, S: 36°C, N: 87x/menit, RR: 78x/menit, TFU 2 jari bawah pusat, kontraksi uterus baik, lochea rubra warna merah. Anjurkan pasien untuk makan dan minum. Pukul 07.30 WITA mengikut visit dokter boleh di pulangkan, lakukan asuhan KIE ibu tentang nutrisi, personal hygiene, istirahat yang cukup dan teratur, memberikan dukungan moral pada ibu, anjurkan ibu untuk ber-KB.

VII. Evaluasi

Dari hasil evaluasi akhir didapatkan kondisi Ny A. A yang dirawat di RSUD Prof. dr. W. Z Johannes Kupang ruang Flamboyan tanggal 24 Mei 2017, keadaan umum ibu baik, kesadaran composmentis, TTV: TD 120/80 mmHg, S: 36°C, N: 87x/menit, RR: 78x/menit TFU 2 jari bawah pusat, kontraksi uterus baik, lochea rubra, advise dokter KIE ibu dan keluarga untuk persiapan pulang. Pada tanggal 24 Mei 2017 10.00 wita ibu pulang dijemput oleh keluarga karena kondisinya sudah sehat serta asuhan yang diberikan telah dilaksanakan secara efektif, efisien, dan aman.

4.2 Pembahasan

Pada bagian ini akan dibahas kesesuaian yang terjadi antara teori dan praktek pada asuhan kebidanan pada Ny A. A dengan Intra Uterine Fetal Death di RSUD Prof. Dr. W. Z Johannes Kupang dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan.

4.2.1 Pengkajian Data Dasar

Anamnesa yang dilakukan pada Ny A. A dengan Intra Uterine Fetal Death dalam pengkajian dilakukan pengumpulan data subjektif dan objektif. Data subjektif pada kasus ibu mengatakan sudah lima hari ibu tidak merasakan gerakan janin. Data objektif : didapatkan ibu G1P0A0 UK 39-40 minggu, janin tunggal, mati, intrauterine, presentasi kepala, keadaan ibu baik, inpartu kala I fase laten dengan IUFD. Menurut Monintja (2005) Tidak ditemukan DJJ (denyut jantung janin) maupun gerakan janin. Kematian janin dalam kandungan adalah kematian hasil konsepsi sebelum dikeluarkan dengan sempurna dari ibunya tanpa memandang tuanya kehamilan. Kematian dinilai dengan fakta bahwa sesudah dipisahkan dari ibunya janin tidak bernafas atau tidak menunjukkan tanda-tanda kehidupan, seperti denyut jantung, pulsasi tali pusat, atau kontraksi otot. Hal ini sesuai dengan kasus yang saya temukan pada Ny A. A tidak terdapat denyut jantung janin. Menurut Achadiat (2004) Diagnosa IUFD ditegakan dengan cara: anamnesis: ibu tidak merasakan gerakan janin dalam beberapa hari, atau gerakan janin berkurang, ibu merasakan belakangan ini perutnya sering menjadi keras dan merasa sakit-sakit mau melahirkan. Jika dilihat dari kasus yang saya dapatkan ibu mengatakan bahwa ibu merasakan pergerakan janin semakin berkurang sejak tanggal 16-05-2017 kemudian memeriksakan diri dipuskesmas. Dari hasil pemeriksaan dinyatakan janin dalam

keadaan gawat (denyut jantung janin terdengar mulai melemah) dan pihak puskesmas membuat rujukan ke RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang dengan kondisi gawat janin. Oleh karena itu tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus.

4.2.2 Analisa Masalah dan Diagnosa

Pada langkah ini, bidan melakukan identifikasi diagnose atau masalah berdasarkan interpretasi yang akurat terhadap data-data yang telah dikumpulkan. Data-data yang telah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga dapat merumuskan diagnose dan masalah yang spesifik. Pada kasus Ny A.A di diagnose yang tegakan penulis adalah G1P0A0 UK 39-40 minggu janin tunggal, mati, intrauterine, presentasi kepala, keadaan ibu baik, inpartu kala I fase laten dengan Intra Uterin Fetal Death. Diagnose ini sesuai dengan pemeriksaan didapatkan tidak ada lagi denyut jantung janin dan pergerakan janin. Menurut Nugroho(2011) penyebab dari IUFD seringkali dipicu oleh ketidakcocokan rhesus darah ibu ke janin, ketidakcocokan golongan darah dari ibu ke janin, gerakan janin terlalu aktif, penyakit pada ibu, kelainan kromosom, trauma saat lahir, infeksi pada ibu, kelainan bawaan janin, perdarahan interpartum, penyakit saluran kencing, penyakit endokrin, malnutrisi. Berdasarkan uraian diatas tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasus.

4.2.3 Antisipasi Masalah Potensial

Antisipasi potensial pada kasus ini resiko terjadi infeksi dan perdarahan. Pada kasus Ny A.A G1P0A0, UK 39-40 minggu, janin tunggal, mati, intrauterine, presentasi kepala, inpartu kala I fase laten, keadaan ibu baik antisipasi masalah potensial yaitu resiko infeksi dan perdarahan.

Jadi, pada langkah ini antisipasi masalah potensial tidak ditemukan adanya kesenjangan antara teori dan kasus.

4.2.4 Kebutuhan Tindakan Segera

Pada tahap ini penulis tidak menemukan kesenjangan antara teori dan studi kasus dilapangan karena telah melakukan kolaborasi dengan dokter spesialis kandungan dalam memberikan tindakan segera adalah pemberian infuse RL drip Oxytosin 10 IU 8 tpm dinaikan 4 tpm setiap 15 menit hingga 20 tpm.

4.2.5 Perencanaan Asuhan

Pada kasus Ny A. A dengan Intra Uterine Fetal Death adalah informasikan kepada suami dan keluarga tentang kondisi ibu dan tindakan yang akan dilakukan. Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan. menganjurkan keluarga pasien suami untuk selalu mendampingi ibu selama proses persalinan. Anjurkan ibu untuk tetap ciptakan lingkungan yang aman dan sopan. Anjurkan ibu untuk berkemih jika ingin berkemih. Observasi his dan nadi ibu setiap 1 jam pada fase laten dan 30 menit pada fase aktif, penurunan kepala, pembukaan dan tekanan darah ibu setiap 4 jam atau bila ada indikasi. Persiapan persalinan. Dokumentasikan tindakan yang dilakukan.

Menurut Saifuddin (2006), penanganan yang dilakukan pada kematian janin dalam rahim adalah sebagai berikut: Periksa tanda-tanda vital, Dukungan mental emosional perlu diberikan kepada pasien. Sebaliknya pasien selalu didampingi oleh orang terdekatnya. Yakinkan bahwa besar kemungkinan dapat lahir pervaginam. Rencana persalinan pervaginam dengan cara induksi maupun espektatif perlu dibicarakan dengan pasien dan keluarganya, sebelum diambil keputusan

Dalam tahap ini penulis tidak menemukan kesenjangan antara teori dan praktek karena rencana tindakan yang dilakukan pada Ny A.A sesuai dengan teori.

4.2.6 Pelaksanaan Asuhan

Pada langkah keenam ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang diuraikan ke lima dilaksanakan secara efisien, efektif dan aman. Pelaksanaannya dapat dilakukan seluruhnya oleh bidan atau bersama-sama dengan klien, atau anggota tim kesehatan lainnya. Bila diputuskan bidan berkolaborasi dengan dokter untuk menangani komplikasi, maka keterkaitan bidan dalam penatalaksanaan asuhan bagi klien adalah tetap bertanggung jawab terhadap terlaksananya rencana bersama yang menyeluruh (Varney,2004).

Implementasi asuhan kebidanan pada kasus Ny A.A G1P0A0 usia kehaamilan 39-40 minggu, janin tunggal, mati, intrauterine, presentasi kepala, inpartu kala I fase laten, keadaan ibu baik, inpartu dengan Intra Uterine Fetal Death dilaksanakan dengan baik sesuai dengan beberapa rencana asuhan pada langkah sebelumnya. Implementasi asuhan meliputi pemantaun tanda-tanda vital, kontraksi, tirah baring, dan penanganan konversif.

Dalam kasus ini penulis menemukan adanya kesesuaian antara kasus dilahan praktek dengan teori.

4.2.7 Evaluasi Asuhan

Pada langkah terakhir ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar – benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi didalam diagnosa dan masalah. Rencana tersebut dapat dianggap

efektif jika memang benar efektif dalam pelaksanaannya. Proses evaluasi ini dilaksanakan untuk menilai proses penatalaksanaan efektif atau tidak serta melakukan penyesuaian pada perencanaan asuhan tersebut. Evaluasi meliputi evaluasi hasil asuhan dan evaluasi proses asuhan kebidanan.

Hasil evaluasi akhir tatalaksana Intra Uterine Fetal Death adalah persalinan berjalan normal atau bayi lahir secara spontan, tidak terjadi infeksi atau partus lama, keadaan ibu baik.

Hasil perencanaan dan pelaksanaan yang dilakukan pada Ny.A.A dengan IUFD adalah dilakukan pertolongan persalinan secara normal dan bayi lahir mati, kulit kebiruan, jenis kelamin laki-laki, keadaan ibu baik, kontraksi uterus baik, perdarahan pervaginam 10 cc, tanda – tanda vital normal.

Pada langkah evaluasi tiap 15 menit jam pertama, 30 menit di jam kedua, dan 6-8 jam hari pertama. Pada Ny. A.A. penulis mengobservasi 2 jam post partum di ruang bersalin, lalu di pindahkan di ruangan flamboyan sampai Ny. A A. diperbolehkan pulang.

5.1. Kesimpulan

Setelah dilaksanakan asuhan kebidanan inpartu pada primigravida dengan ketuban pecah dini di ruangan bersalin RSUD Prof. Dr. W.Z.Johannes Kupang dengan menggunakan pendekatan anajemen kebidanan yang meliputi pengkajian data dasar, analisa dan diagnose, antisipasi masalah potensial, penanganan segera, penyusunan rencana asuhan menyeluruh, implementasi asuhan dan evaluasi asuhan kebidanan, maka disimpulkan :

1. Pengkajian dilakukan pada tanggal 20-05-2017 di ruangan Bersalin RSUD Prof. Dr. W. Z Johannes Kupang, Ny. A.A umur 25 tahun dan Tn Y.M umur 26 tahun, agama Kristen, suku timor/Indonesia, pendidikan SMA, pekerjaan mahasiswa. Alamat rumah Bakunase. Ny. A. A rujukan dari Puskesmas Bakunase dengan diagnosa gawat janin dan ibu mengatakan tidak lagi merasakan gerakan janin tanggal 16 mei 2017 pukul 21.18 wita. Dari pengkajian data objektif pemeriksaan umum Ny A. A keadaan umum baik kesadaran composmentis bentuk tubuh lordosis ekspresi wajah meringis kesakitan. Tanda-tanda vital TD: 120/90 mmHg, N: 89x/menit, S: 36^oc, RR: 19x/menit, TB: 148 cm, BB: 54 kg, Lila 27,3 cm. Pada perut bentuknya membesar sesuai usia kehamilan, tidak ada bekas operasi. Pada pemeriksaan abdomen Leopold I: tinggi fundus uteri 3 jari di bawah px (26 cm), pada fundus teraba lunak, kurang bulat dan tidak melenting (bokong). Leopold II: pada perut ibu bagian kanan teraba keras dan memanjang seperti papan (punggung) dan pada perut ibu bagian kanan teraba bagian-bagian kecil janin (ekstermitas). Leopold III: pada perut ibu

bagian bawah teraba keras, bulat dan melenting (kepala) dan sulit di goyangkan (sudah masuk PAP). Leopold IV: Divergen, Mc Donal: 26 cm, TBBA: 2325 gram. Pada pemeriksaan auskultasi DJJ tidak terdengar. Pada pemeriksaan penunjang dilakukan pemeriksaan hemoglobin 10,6, golongan darah A.

2. Dari data pengkajian yang didapatkan ditegakan diagnose kebidanan pada Ny A. A yaitu G1P0A0 UK 30-40 minggu, Janin tunggal, mati, intrauterine, letak kepala, inpartu kala I dengan Intra Uterine Fetal Death.
3. Antisipasi masalah potensial pada Ny A.A. yaitu potensial terjadinya infeksi dan perdarahan
4. Tindakan segera pada Ny.A .A. adalah, observasi tanda – tanda vital, observasi pengeluaran pervaginam, tirah baring dan kolaborasi dengan dokter untuk pemberian antibiotic.
5. Perencanaan asuhan pada Ny. A. A. yaitu melakukan pendekatan dengan ibu dan keluarga, informasikan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan, anjurkan ibu untuk tidur miring kiri, observasi HIS, melakukan kolaborasi dengan dokter SpOG, lakukan KIE kepada ibu dan keluarga tentang tindakan yang akan dilakukan, lakukan pendokumentasian semua tindakan yang telah dilakukan.
6. Pelaksanaan asuhan pada Ny. A.A. yaitu melaksanakan sesuai perencanaan yaitu melakukan pendekatan pada ibu dan keluarga, menginformasikan kepada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan, menganjurkan ibu untuk tidur miring kiri, melakukan observasi HIS, melakukan kolaborasi dengan dokter SpOG, melakukan KIE kepada ibu

dan keluarga tentang tindakan yang akan dilakukan, melakukan pendokumentasian semua tindakan yang telah dilakukan.

7. Berdasarkan data subyektif, obyektif, dan pemeriksaan penunjang pada Ny. A.A. dengan Intra Uterine Fetal Death pada saat dilakukan asuhan tidak ada masalah dan penyulit. Setelah dilakukan evaluasi, pada tanggal 22-05-2017 pukul 04.15 wita kehamilan diakhiri dengan persalinan spontan, lahir bayi laki-laki.

5.2. Saran

5.2.1. Bagi Peneliti

Agar mampu mengaplikasikan ilmu penegetahuan dan pengalaman yang nyata tentang asuhan pada kasus ibu primigravida dengan Intra Uterine Fetal Death.

5.2.2. Bagi Institusi

Agar dapat dijadikan sebagai referensi untuk memberikan pendidikan mata kuliah kegawatdaruratan maternal tentang asuhan kebidanan pada kasus ibu primigravida dengan Intra Uterine Fetal Death.

DAFTAR PUSTAKA

- Ambarwati. 2010. *Asuhan Kepada Ibu Bersalin*. Yogyakarta: Numed
- Hakimi. 2010. *Ilmu Kebidanan Patologi dan Fisiologi Persalinan*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Hidayat, 2010. *Asuhan Kebidanan Persalinan*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Hidayat. 2010. *Metode Penelitian Teknik Analisis Data*. Jakarta: Salemba Medika
- Indriyani Dian. 2013. *Aplikasi Konsep dan Teori Keperawatan Maternitas*. Jogjakarta: Ar-Ruzz Medika
- Manuaba IBG. 2010. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, Dan KB Untuk Pendidikan Bidan Edisi 2*. Jakarta: EGC
- Manuaba. 2007. *Gawat Darurat Obstetri Ginekologi Sosial Untuk Profesi Bidan*. Jakarta: EGC
- Nugroho. 2011. *Kasus Emergency Kebidanan untuk Kebidanan dan Keperawatan*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Nurasiah, Ai. 2012. *Asuhan Kebidanan Normal Bagi Bidan*. Bandung: Refika Aditama
- Maryunani. 2013. *Asuhan Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: CV. Trans Info Media
- Prawirohardjo. 2006. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: YBP.SP
- Saifudin, Abdul Bari. 2011. *Buku Acuan Pelayanan Kesehatan Maternal Neonatal*. Jakarta: YBPSP
- Sarwono, 2009. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: EGC
- Sudarti. 2010. *Asuhan Kebidanan*. Yogyakarta: Nuna Medika
- Varney. 2008. *Buku Ajar Kebidanan edisi I*. Jakarta: EGC
- Widia, 2015. *Asuhan Persalinan Normal*, Yogyakarta: Nuha Medika